

CULTURA DE SEGURANÇA EM UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL ESCOLA SOB O OLHAR MULTIPROFISSIONAL

Bruna de Sá Duarte Auto¹ 

Williamina Oliveira Dias Pinto² 

Caline Helen de Lira Galindo³ 

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro⁴ 

Sílvia Wanick Sarinho⁴ 

¹Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina. Maceió, Alagoas, Brasil.

²Universidade Federal de Alagoas, Hospital Professor Alberto Antunes. Maceió, Alagoas, Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Medicina. Recife, Pernambuco, Brasil.

⁴Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino.

Método: estudo transversal, observacional, realizado na unidade de terapia intensiva neonatal, de hospital de ensino na região Nordeste do Brasil, com a utilização do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture versão 1.0. A coleta de dados foi realizada em junho e julho de 2023.

Resultados: foram incluídos 72 profissionais da equipe multiprofissional. Dentre as doze dimensões avaliadas, nove demonstraram pontos de fragilidade da cultura de segurança, sendo as mais críticas: “resposta não punitiva ao erro”, “frequência de relato de eventos” e “percepção geral de segurança do paciente”. O trabalho em equipe também se destacou como área de fragilidade, com 48% de positividade nas respostas. Quanto à avaliação da cultura de segurança, o estudo obteve um percentual final de 41% em respostas positivas entre as 12 dimensões. Quando analisado por categoria profissional, o menor percentual de respostas positivas foi o dos residentes com 34%.

Conclusão: A unidade de terapia intensiva neonatal é um ambiente de alta complexidade, requerendo adesão a protocolos e estratégias gerenciais para garantir cuidado seguro aos pacientes, familiares e profissionais. Os achados deste estudo alertam para a necessidade de educação permanente sobre a temática, de suporte institucional para o fortalecimento das dimensões consideradas frágeis e de priorizar o provimento de assistência qualificada em saúde, que contemple a cultura de segurança.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente. Gestão de risco. Equipe de assistência ao paciente. Unidades de Terapia Intensiva neonatal. Near miss.

COMO CITAR: Auto BSD, Pinto WOD, Galindo CHL, Monteiro EMLM, Sarinho SW. Cultura de segurança em UTI neonatal de um hospital escola sob o olhar multiprofissional. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2025 [acesso MÊS ANO DIA]; 34:e20240129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0129pt>

SAFETY CULTURE IN THE NEONATAL ICU OF A TEACHING HOSPITAL FROM A MULTIPROFESSIONAL PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objective: evaluating the safety culture in a neonatal intensive care unit of a teaching hospital.

Method: this was a cross-sectional, observational study carried out in the neonatal intensive care unit of a teaching hospital in Brazil's Northeast region, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture version 1.0. Data was collected in June and July 2023.

Results: a total of 72 professionals from the multi-professional team were included. Of the twelve dimensions assessed, nine showed points of weakness in the safety culture, and these were the most critical: "non-punitive response to error", "frequency of reporting events" and "general perception of patient safety". Teamwork also stood out as an area of weakness, with 48% positive responses. In relation to the safety culture assessment, the study obtained a final percentage of 41% positive responses among the 12 dimensions. When analyzed by professional category, the lowest percentage of positive responses was from residents with 34%.

Conclusion: the neonatal intensive care unit is a highly complex environment, requiring adherence to protocols and management strategies to ensure safe care for patients, families and professionals. The findings of this study point to the need for ongoing education on the subject, institutional support to strengthen the dimensions considered weak and to prioritize the provision of qualified health care that includes a culture of safety.

DESCRIPTORS: Patient safety. Risk management. Patient assistance team. Neonatal Intensive Care Units. Near miss.

CULTURA DE SEGURIDAD EN UCI NEONATAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIPROFESIONAL

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad en una unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital universitario.

Método: estudio observacional transversal, realizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital universitario de la región Nordeste de Brasil, utilizando el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* versión 1.0. La recolección de datos se realizó en junio y julio de 2023.

Resultados: se incluyeron 72 profesionales del equipo multidisciplinario. Entre las doce dimensiones evaluadas, nueve demostraron puntos débiles en la cultura de seguridad, siendo los más críticos: "respuesta no punitiva al error", "frecuencia de notificación de eventos" y "percepción general de seguridad del paciente". El trabajo en equipo también se destacó como un área de debilidad, con 48% de respuestas positivas. En cuanto a la valoración de la cultura de seguridad, el estudio obtuvo un porcentaje final del 41% en respuestas positivas entre las 12 dimensiones. Al analizar por categoría profesional, el menor porcentaje de respuestas positivas fue el de los residentes con un 34%.

Conclusión: la unidad de cuidados intensivos neonatales es un entorno altamente complejo, que requiere el cumplimiento de protocolos y estrategias de manejo para garantizar una atención segura a los pacientes, familiares y profesionales. Los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de educación continua sobre el tema, como así también de apoyo institucional para el fortalecer de dimensiones consideradas frágiles y priorizar la prestación de atención de salud calificada, que abarque una cultura de seguridad.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Gestión de riesgo. Equipo de asistencia al paciente. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Near miss*.

INTRODUÇÃO

O atendimento em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) requer um manejo qualificado, de modo a assegurar proteção de danos, diante da imaturidade e instabilidade dos recém-nascidos, que requerem os cuidados dos multiprofissionais, com medidas farmacológicas e procedimentos invasivos¹. Para isso, é essencial que todos os profissionais da UTIN (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) compartilhem uma cultura de segurança, atuando em equipe para promover um ambiente terapêutico² e reduzir a ocorrência dos danos relacionados à assistência³⁻⁵.

Os erros mais frequentes estão relacionados aos medicamentos, infecções associadas aos cuidados em saúde, lesão cutânea, cateteres intravasculares e ventilação mecânica⁴. Esses eventos estão diretamente relacionados com óbitos e outros desfechos negativos aos recém-nascidos, sendo que a infecção neonatal está entre as principais causas de óbito evitável entre recém-nascidos no Brasil⁶. Enquanto as lesões cutâneas, em recém-nascidos prematuros têm sido associadas às alterações no desenvolvimento talâmico e microestrutural e têm um impacto independente nos resultados cognitivos da infância⁷.

O trabalho em equipe tem um significado ainda mais amplo no cuidado ao prematuro, visto a necessidade de realizar cuidados, preferencialmente em dupla e agrupados, no sentido de reduzir o manuseio ao recém-nascido e minimizar falhas no cuidado⁸. Falhas no trabalho em equipe tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de erros e eventos adversos⁹.

Os estudos sobre avaliação da cultura de segurança e impactos na gestão da saúde são importantes para o desenvolvimento de uma assistência segura e seguimento de seu desenvolvimento nas instituições de saúde¹⁰⁻¹¹. Eles permitem obter uma visão clara dos aspectos da segurança que precisam de adequações e requerem mais atenção, priorizando explorar a origem da ocorrência dos atos inseguros, sem caráter meramente punitivo^{2,10}.

Apesar dos primeiros estudos sobre a cultura de segurança datarem da década de 2000¹², torna-se premente a necessidade de os serviços investirem em avaliações sistemáticas e executarem ações efetivas¹¹. No Brasil, a cultura de segurança ganhou destaque a partir de 2013 com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)¹³, apresentando a partir de então, estudos na temática, com aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)¹⁴⁻¹⁷. Avaliar a cultura de segurança possibilita o monitoramento dos efeitos das intervenções internas e das políticas públicas¹⁴. Poucos estudos são voltados à unidade neonatal, ambientes que podem oferecer maiores riscos à segurança do paciente, em virtude das particularidades dos neonatos, a intensa assistência, dispositivos tecnológicos, conhecimentos e habilidades específicas dos profissionais¹⁸.

Diante do exposto, este estudo apresenta como objetivo avaliar a cultura de segurança em uma UTIN de um hospital de ensino.

METÓDO

Estudo transversal, descritivo, observacional, com suporte do checklist STROBE^{®19} na elaboração do relatório da pesquisa, realizado em uma UTIN tipo II, de um hospital universitário na região Nordeste do Brasil, de administração governamental (federal), entre os meses de junho e julho de 2023. A UTIN possui dez leitos, com elevada taxa de ocupação e frequente superlotação. A principal demanda da unidade é proveniente da maternidade de alto risco do próprio hospital, que além da capital, é referência para gestantes de alto risco de outros 27 municípios do interior.

A população do estudo constituiu-se pelos profissionais da equipe multiprofissional que atuam na UTIN, composta por 22 médicos assistenciais e um médico na função de gestão, 18 fisioterapeutas, 32 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiros assistenciais, dois enfermeiros na função de gestão, além de apenas um representante das seguintes categorias profissionais: fonoaudiólogo, psicólogo,

nutricionista e assistente social. A maioria dos trabalhadores que exercem função de técnicos de enfermagem são graduados como enfermeiros. A UTIN também recebe médicos residentes de pediatria.

Foram considerados critérios de inclusão: tempo em que trabalha em UTIN maior ou igual a seis meses, comparecer ao serviço em qualquer dos três turnos de plantão ou trabalho diário entre os meses de coleta dos dados. Não foram incluídos profissionais que são únicos em qualquer categoria profissional, como forma de prevenir a identificação do participante, profissionais afastados por férias ou licença médica no período da coleta do estudo, além de residentes de pediatria do primeiro ano, pelo pouco tempo de trabalho no setor. Foram excluídos os questionários com percentual de respostas inferior a 50%.

Todos os participantes elegíveis foram convidados a participar. Para a caracterização da população do estudo, as variáveis utilizadas foram idade, sexo, categoria profissional, grau de instrução, tempo de trabalho no hospital e no setor, além de carga horária por semana, conforme disponíveis no instrumento utilizado. E para a avaliação da cultura de segurança, as variáveis foram constituídas pelas 12 dimensões analisadas através do questionário HSOPSC: trabalho em equipe dentro das unidades/áreas, expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, aprendizagem organizacional e melhoria contínua, apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, percepção geral de segurança do paciente, feedback e comunicação a respeito de erros, abertura da comunicação, frequência de eventos relatados, trabalho em equipe entre as unidades/áreas de hospital, adequação de pessoal, transferências internas e passagens de plantão e resposta não punitiva ao erro.

Optou-se pela utilização do questionário HSOPSC versão 1.0, elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), por avaliar de forma abrangente a cultura de segurança e por estar disponível em versão traduzida e validada para o Brasil²⁰. Dentre os diversos instrumentos validados para mensuração da cultura de segurança a versão 1.0 (HSOPSC versão 1.0), desenvolvida pela AHRQ em 2004, é o instrumento que permite comparações internacionais já a algum tempo¹⁷. A versão 2.0 do questionário HSOPSC-AHRQ para o português do Brasil apresentou para sua validação cargas fatoriais baixas em dez itens¹⁷, e não foi utilizado em outros estudos, para avaliar de modo robusto a cultura de segurança. Por essa razão, optou-se pela versão 1.0, que obteve permissão da AHRQ.

O instrumento de coleta analisa 12 dimensões sobre a cultura de segurança do paciente, a partir de 42 itens, sob a forma de escala graduada em cinco níveis, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre)²¹. Respostas positivas referem-se as opções: “concordo” e “concordo totalmente” ou “quase sempre” e “sempre” para as sentenças formuladas de forma positiva, ou “discordo” e “discordo totalmente” ou “nunca” e “raramente” nas perguntas formuladas negativamente. Além disso, solicita aos sujeitos uma classificação da visão geral de segurança do paciente na sua unidade de trabalho (excelente, muito bom, aceitável, ruim e muito ruim) e o número de notificação de eventos adversos realizadas pelo profissional nos últimos 12 meses²¹.

A abordagem aos participantes e coleta de dados ocorreu no setor de trabalho, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários preenchidos foram depositados em uma urna colocada na própria unidade, assegurando o anonimato dos formulários.

Para a análise dos dados, seguiu-se a metodologia proposta no guia do utilizador do questionário HSOPSC elaborado pela AHRQ - Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide e os dados da pesquisa foram dispostos para análise pelo Hospital Survey 1.0 Data Entry and Analysis Tool. Inicialmente, foram calculados os percentuais de respostas positivas dos 42 itens do instrumento. Em seguida, o percentual de respostas positivas de cada dimensão. Por fim, obteve-se também, o percentual de respostas positivas dentre as 12 dimensões avaliadas²¹.

A classificação das dimensões quanto à cultura de segurança do paciente, seguiu as definições do guia do utilizador do HSOPSC²¹: áreas fortes da cultura de segurança do paciente para aquelas

que obtiveram 75% de respostas positivas e áreas frágeis da cultura de segurança do paciente para as dimensões com 50% ou menos de respostas positivas.

As questões éticas seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A coleta de dados só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram distribuídos 78 questionários entre os participantes classificados nos critérios de inclusão. Obteve-se taxa de resposta de 92%, e seis destes questionários foram excluídos para análise por elevado percentual de questões não respondidas. Foram incluídos no estudo 72 profissionais de saúde da UTIN, maioria do sexo feminino, média de idade de 40,6 anos ($\pm 7,4$), a categoria profissional com maior percentual foi a de técnico de enfermagem (31%), seguida de médicos (26%). Houve predomínio de profissionais com pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado), a maioria com tempo de vínculo no hospital entre seis anos e 15 anos, tempo na UTIN entre seis e 10 anos, e carga horária semanal de 20 a 39 horas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais respondentes no hospital de estudo, na região Nordeste do Brasil, Maceió-AL, 2023. (n=72)

Características dos participantes	Número	%
Gênero		
Masculino	6	8
Feminino	66	92
Categoria profissional		
Técnico(a) de enfermagem	22	31
Enfermeiro(a)	13	18
Médico	19	26
Médico residente	7	10
Fisioterapeuta	11	15
Grau de instrução		
Ensino médio	3	4
Ensino superior	18	25
Especialização	39	54
Mestrado ou Doutorado	12	17
Tempo que trabalha no hospital		
Menos de 1 ano	6	8
De 1 a 5 anos	12	17
De 6 a 15 anos	46	64
Mais de 15 anos	8	11
Tempo que trabalha na UTI Neonatal		
Menos de 1 ano	5	7
De 1 a 5 anos	15	21
De 6 a 10 anos	38	53
Mais de 10 anos	14	19
Carga horária semanal		
Menos de 20 horas	2	3
De 20 a 39 horas	59	82
De 40 a 59 horas	8	11
Mais de 60 horas	3	4



A Tabela 2 mostra a distribuição dos percentuais de respostas positivas nas dimensões da cultura de segurança do estudo geral e por categoria profissional. Observa-se que nenhuma dimensão atingiu o percentual maior ou igual a 75% de respostas positivas. E nove ficaram com o percentual de respostas positivas abaixo de 50%, assim consideradas como pontos de fragilidade da cultura de segurança. As dimensões mais críticas foram: “resposta não punitiva ao erro”, “frequência de relato de eventos” e “percepção geral de segurança do paciente” que apresentaram respectivamente, apenas 20%, 23% e 30% de positividade nas respostas, e “trabalho em equipe” também se destacou como área de fragilidade (48%). Verifica-se que o percentual de respostas positivas das 12 dimensões, na avaliação da cultura de segurança da UTIN foi de 41%.

Tabela 2 – Distribuição dos percentuais de respostas positivas das 12 dimensões da cultura de segurança do estudo por categoria profissional, em hospital universitário na região Nordeste do Brasil, Maceió-AL, 2023. (n=72)

Dimensões	Percentual de respostas positivas por categoria					
	Todos (N: 72)	Técnicos de enfermagem (n:22)	Enfermeiros (n:13)	Médicos (n:19)	Fisioterapeutas (n:11)	Residentes (n:7)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades/áreas	48%	43%	42%	51%	39%	50%
2. Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente	67%	66%	63%	74%	52%	68%
3. Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	66%	74%	59%	67%	73%	67%
4. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	31%	36%	46%	28%	28%	19%
5. Percepção geral de segurança do paciente	30%	35%	38%	31%	18%	25%
6. <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros	39%	49%	33%	45%	30%	19%
7. Abertura da comunicação	54%	52%	56%	68%	30%	33%
8. Frequência de eventos relatados	23%	45%	15%	26%	22%	5%
9. Trabalho em equipe entre as unidades/áreas de hospital	31%	27%	35%	32%	23%	39%
10. Adequação de pessoal	35%	40%	33%	32%	48%	32%
11. Transferências internas e passagens de plantão	49%	49%	54%	48%	43%	32%
12. Resposta não punitiva ao erro	20%	21%	15%	22%	27%	14%
Percentual de respostas positivas das 12 dimensões na avaliação da cultura de segurança	41%	45%	41%	44%	36%	34%

Dentre as categorias, a dimensão que apresentou maiores percentuais entre as categorias de profissionais foi a de “expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor gerente” (valores entre 52% para os fisioterapeutas e 74% para os técnicos de enfermagem), seguida de “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (valores entre 59% para os enfermeiros e 74% para os técnicos de enfermagem). Os menores valores de resposta positiva percentual entre os profissionais corresponderam à dimensão “resposta não punitiva ao erro” (valores entre 14% para médicos residentes e 27% para fisioterapeutas).

Na percepção dos profissionais, para as variáveis no âmbito de resultados (Tabelas 3 e 4) verificou-se que a categoria técnico de enfermagem apresentou os maiores percentuais de classificação para a “visão geral sobre segurança do paciente” (excelente ou muito bom 43%). E para a variável “percentual de notificações de evento” houve elevado quantitativo de técnicos de enfermagem e residentes que não notificaram (respectivamente 61% e 82%) nos últimos 12 meses, com percentuais superiores aos de todas as categorias juntas. Os enfermeiros, no entanto, foram os profissionais que mais realizaram notificações de eventos, seguidos pelos fisioterapeutas.

Cada uma das dimensões é composta por três ou quatro itens do questionário. A dimensão 10 “adequação de profissionais” contém o item com menor taxa de respostas positivas dentre os 42 itens do questionário. O item A2 afirma “temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” e apenas 4% dos profissionais concordaram com essa afirmativa (Figura 1).

Tabela 3 – Classificação da visão geral de segurança do paciente, geral e por categoria profissional, em hospital universitário na região Nordeste do Brasil, Maceió-AL, 2023. (n=69)

Classificação da visão geral de segurança do paciente	Todos (N: 69)	Técnicos de enfermagem (n:21)	Enfermeiros (n:12)	Médicos (n:18)	Fisioterapeutas (n:11)	Residentes (n:7)
Excelente	1%	0%	0%	0%	0%	14%
Muito bom	26%	43%	17%	32%	18%	14%
Aceitável	53%	33%	67%	58%	45%	57%
Ruim	19%	24%	8%	10%	36%	14%
Muito ruim	1%	0%	8%	0%	0%	0%

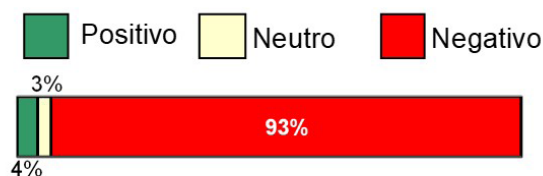
Tabela 4 – Número de notificações realizadas pelo profissional nos últimos 12 meses, geral e por categoria profissional, em hospital universitário na região Nordeste do Brasil, Maceió-AL, 2023. (n=72)

Número de notificações nos últimos 12 meses	Todos (N: 72)	Técnicos de enfermagem (n:22)	Enfermeiros (n:13)	Médicos (n:19)	Fisioterapeutas (n:11)	Residentes (n:7)
0	62%	82%	23%	75%	36%	86%
1-2	19%	9%	23%	19%	36%	0%
3-5	11%	9%	31%	3%	18%	0%
6-10	7%	0%	15%	3%	9%	14%
11-20	1%	0%	8%	0%	0%	0%
21+	0%	0%	0%	0%	0%	0%

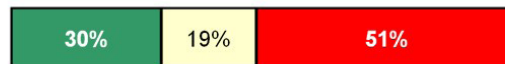


10. Adequação de profissionais

1. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho. (A2)



2. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. (A5R)



3. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. (A7R)



4. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido. (A14R)



Figura 1 – Respostas aos itens da dimensão “adequação de profissionais”, hospital universitário na região Nordeste do Brasil, Maceió-AL, 2023. (n=72)

Fonte: banco de dados HSOPSC Hospital Survey 1.0 Data Entry and Analysis Tool AHRQ 2021.

DISCUSSÃO

A avaliação realizada na UTIN do estudo mostrou uma cultura de segurança fragilizada, com exceção das dimensões: “expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente”; “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” e “abertura para comunicação”, que obtiveram percentuais entre de 50% e 75%, constituindo uma classificação intermediária entre as áreas consideradas frágil e forte em uma cultura de segurança.

No Brasil, outros estudos em UTIS neonatais obtiveram resultados semelhantes. Estudo realizado em três UTIN de hospitais públicos de grande porte em Belo Horizonte, das 12 dimensões avaliadas, 11 tiveram caracterização como fraqueza ou oportunidades de melhoria, e nenhuma como área forte da cultura de segurança¹⁰. O estudo realizado em quatro UTIN de quatro hospitais públicos, localizados em Florianópolis, não identificou nenhuma dimensão como área de força e sete dimensões foram classificadas como frágeis¹⁸. Por fim, em uma UTI neonatal de hospital público de Fortaleza, identificaram quatro dimensões fragilizadas e duas dimensões fortes¹⁶. Em todos os estudos, a dimensão “resposta não punitiva ao erro”, foi a de maior fragilidade, semelhante ao nosso estudo^{10,16,18}.

Observa-se que esta dimensão “resposta não punitiva ao erro” não é fragilidade, apenas nas unidades neonatais, e sim, uma realidade dos serviços de saúde em geral. Em metanálise com 59 estudos, incluindo 4 continentes (América, Europa, Ásia e África) e um total de 755.415 profissionais pesquisados, e observou-se que a cultura da culpabilidade está presente na maioria dos hospitais que mediu a cultura de segurança por meio do HSOPSC¹¹. Esse artigo também discutiu a importância da temática “cultura de segurança” ainda nas graduações e especializações dos profissionais de saúde em geral, no intuito de formar profissionais mais comprometidos com a segurança do paciente, trabalho em equipe e importância das notificações de eventos.

Neste estudo, configura uma preocupação adicional o fato de a menor taxa de positividade na dimensão “resposta não punitiva ao erro” ter sido identificada entre os médicos residentes. Esse fato

levanta inquietação por serem médicos em formação e estarem em um hospital escola. O olhar não punitivo, mas de identificação e ação propositiva para prevenção deveria ser incentivado na formação dos médicos residentes, de modo transversal, em todas as etapas da sua formação, em especial em setores como a UTIN, o que ainda é incipiente no hospital. Os médicos residentes nesse setor exercem sob supervisão, procedimentos clínicos e invasivos passíveis de gerar eventos adversos, e isso, deveria ser enfatizado de modo a conscientizá-los para prevenção e, ao mesmo tempo para a notificação diante da ocorrência de danos²².

A cultura de culpabilidade inibe o profissional a relatar erros, ocasionando a subnotificação desses eventos. A “frequência de eventos” relatados no hospital do estudo foi a segunda dimensão com menor percentual de respostas positivas. No entanto, não é apenas a cultura de punição que reduz as notificações. Vários são os aspectos que concorrem: poucas melhorias instituídas a partir dos incidentes notificados, falta de percepção da ocorrência dos eventos adversos, desconhecimento do processo de notificação, esquecimento, o número insuficiente de profissionais de saúde e sobrecarga de trabalho e não valorização dos eventos adversos em saúde²².

Estudos respaldados em análise de prontuários, identificaram um elevado percentual de eventos adversos em recém-nascidos internados em UTI neonatal, porém esses danos não estão notificados nos sistemas hospitalares. No Brasil, evidenciou-se que 70% a 84% dos recém-nascidos admitidos em UTIN sofreram danos relacionados à assistência³⁻⁵. Esse dado precisa ser discutido nas gestões hospitalares, porque os erros estão acontecendo e o desconhecimento desses eventos concomitante com os danos ocasionados, dificultam a implantação de políticas e planos de enfrentamento.

Dentre as categorias profissionais participantes do estudo, os enfermeiros foram os mais propensos a relatar incidentes. Apresenta consonância com esses achados estudo no qual os médicos justificam para a não notificação: a limitação de tempo, incerteza sobre o que relatar, expectativa de punição ou culpa, e percepção de que a notificação de incidentes não está atrelada às melhorias²³.

Constituem pilares da cultura de segurança e da rotina dentro das unidades neonatais o trabalho em equipe e a comunicação. Já é bem documentado que equipes multiprofissionais com processo de trabalho interdisciplinar estão mais bem preparadas para proteger os pacientes dos riscos e obter melhoras nos resultados clínicos²⁴. Estudo identificou correlação entre o trabalho em equipe da UTIN com a ausência de infecção associada à assistência à saúde²⁴. A fragilidade nesses domínios está entre os principais fatores que contribuem para o erro e eventos adversos⁸, o que torna preocupante o baixo percentual de respostas positivas, principalmente na dimensão de trabalho em equipe na unidade. Sendo, entretanto, a dimensão de abertura para comunicação, a mais bem avaliada.

Em avaliação da cultura de segurança em 44 UTINs, participantes da California Perinatal Quality Care Collaborative, o trabalho em equipe dentro das unidades foi a escala com maiores pontuações com três quartos dos entrevistados relatando bom trabalho em equipe. Cerca de metade dos entrevistados relataram boa “abertura de comunicação” e “feedback e comunicação de erro”²⁵. No Brasil, estudos que avaliaram a cultura de segurança na UTIN, o trabalho em equipe não se destacou como área de fragilidade^{10,16,18}. O que demanda mais atenção para a unidade do estudo, em compreender as lacunas locais que podem estar ocasionando essa avaliação.

Uma das causas de redução no trabalho satisfatório em equipe é o esgotamento do profissional de saúde que atua em UTIN, com presença da síndrome de burnout²⁶. Neste estudo, um elemento que demonstra a existência de sobrecarga de trabalho dentro da unidade foi o baixo reconhecimento da equipe em ter “pessoal suficiente para dar conta do trabalho”.

Relatos de enfermeiros destacam o quanto a fadiga e o esgotamento repercutem na qualidade da assistência ao doente¹⁵. A gestão precisa ser sensível aos benefícios do número adequado de profissionais na equipe, em relação a cultura de segurança. Já foi evidenciado a redução de diversos

desfechos negativos, como: mortalidade, erros de medicação, úlceras, uso de contenção, infecções e pneumonia, associado ao maior número de profissionais na equipe hospitalar²⁷.

A sobrecarga de trabalho também é capaz de comprometer a passagem de plantão, momento em que informações vitais sobre as condições clínicas do paciente e do tratamento são transmitidas à equipe que assumirá como responsável pelo paciente. Falhas de comunicação nesses momentos, podem interferir na continuidade do cuidado e na segurança do paciente²⁸. No ambiente neonatal, a comunicação entre profissionais e os processos de transferência, para outros setores ou outras instituições de saúde, são ainda mais complexos por requerer a integração de informações maternas e neonatais e envolvimento de diversos profissionais, aumentando o risco de erros²⁹.

Os serviços de saúde em geral, precisam implementar estratégias capazes de minimizar as falhas de comunicação nas passagens de plantões e transferências, como uso de formulários e relatórios padronizados e informatizados em atendimento ao nível de complexidade dos pacientes,²⁸ além de proporcionar condições que facilitem a transferência de informações, livres de distrações ou interrupções²⁹.

A percepção da segurança do paciente constituiu uma das dimensões mais frágeis deste estudo, repercutindo na classificação quanto à visão geral da segurança do paciente, que neste estudo obteve 27% de respostas entre excelente e muito bom, percentual mais baixo que o apreciado em outras unidades neonatais do Brasil: 44%¹¹, 41%²⁰ e 44%¹⁶.

Os achados do estudo sugerem que a cultura de segurança ainda precisa ser fortalecida dentro das unidades neonatais e mais estudos precisam ser realizados nessa temática, no âmbito da neonatologia. Apesar de já ter mais de duas décadas de incentivo à cultura de segurança na literatura científica, observa-se que os países em desenvolvimento, ainda estão muito aquém em número de estudos e pesquisa de monitoramento da cultura de segurança, quando comparado aos países desenvolvidos, ainda mais em avaliação das unidades neonatais. No Brasil, apesar de avanços¹⁷, ainda há lacunas à sua implementação, embora com normatização governamental vigente¹³.

A cultura de culpabilidade ainda é muito forte nos serviços de saúde em geral, mesmo fazendo 25 anos da publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos “Errar é humano”. Fortalecer a importância da notificação dos eventos, talvez seja o passo inicial para que a gestão compreenda as lacunas existentes em cada serviço e elabore planos de ação a serem implementados. Os erros acontecem e, conseqüentemente, os danos aos pacientes também. A grande questão é que estão passando despercebidos e, possivelmente, só enxergamos a ponta do iceberg.

Limitações

Trazemos como limitação ter sido estudado um único setor de trabalho, podendo não corresponder à realidade da cultura de segurança de outros setores da unidade neonatal. Entretanto, é um modo interessante de localizar como está a cultura de segurança da unidade (UTIN), comparando com padrão de referência de hospitais com experiência na cultura de segurança do paciente, utilizando instrumento validado em uso na literatura internacional. Outra limitação foi não abranger profissionais de outras categorias (fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e assistente social) visando o não constrangimento e, em consequência, a fidedignidade das respostas, pois havia apenas um representante nas categorias.

CONCLUSÃO

A UTIN é um ambiente crítico, que lida com pacientes de grande vulnerabilidade e espera-se que seja um ambiente seguro para os pacientes, familiares e profissionais de saúde. Neste estudo, observamos que nenhuma das dimensões avaliadas caracterizou-se como área forte da cultura de

segurança, e nove das doze dimensões foram classificadas como áreas de fragilidade. Além disso, apenas 27% dos entrevistados classificam a segurança do paciente na unidade como 'muito bom' e 'excelente'.

Tais achados, alertam para a necessidade de suporte institucional junto à equipe de saúde na elaboração, implementação e monitoramento de estratégias para fortalecimento das dimensões consideradas frágeis, além de treinamentos na unidade. Assim, potencializa-se o engajamento e adesão para as notificações voluntárias na busca coletiva de resolutividade na prevenção dos riscos identificados e estabelece-se uma cultura de segurança robusta direcionada para fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional e com a gestão.

Por fim, os avanços tecnológicos e a complexidade do cuidado no contexto hospitalar reafirmam a prioridade no provimento de uma assistência qualificada em saúde, que contemple a cultura de segurança, alicerçada em processos de avaliação sistemática para compreender o impacto das estratégias implementadas e identificar novos pontos frágeis que constituirão focos de investimento futuro. Este estudo abre possibilidades de identificar demandas para futuras pesquisas, ao utilizar instrumento validado, com reconhecimento internacional para comparação de dados entre países, incentivando assim, essa cultura em nosso país e promovendo maior visibilidade das nossas pesquisas no tema.

REFERÊNCIAS

1. Molloy EJ, El-Dib M, Juul SE, Benders M, Gonzalez F, Bearer C, et al. Neuroprotective therapies in the NICU in term infants: Present and future. *Pediatr Res* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Maio 01];93:1819-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02295-2>
2. Babaie M, Nourian M, Atashzadeh-Shoorideh F, Manoochehri H, Nasiri M. Patient safety culture in neonatal intensive care units: A qualitative content analysis. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Maio 01];11:1065522. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1065522>
3. Cossul UM, Neiva LECP, Silveira AO. Notificação de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 08];15(1):246969. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246969>
4. Lanzillotti LS, Seta MHD, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 2024 Maio 01];20(3):937-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>
5. Ventura, CMU, Alves JGB, Meneses JA. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2023 Dez 13];65:49-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100007>
6. Prezotto KH, Bortolato-Major C, Moreira RC, Oliveira RR, Melo EC, Silva FRT, et al. Early and late neonatal mortality: Preventable causes and trends in Brazilian regions. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2024 May 01];36:eAPE02322. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO023222>
7. Duerden EG, Grunau RE, Chau V, Groenendaal F, Guo T, Chakravarty MM, et al. Association of early skin breaks and neonatal thalamic maturation: A modifiable risk? *Neurology* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Maio 8];95(24):e3420-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010953>
8. Carneiro LP, Alves KSB, Viana VA, Noronha RS, Freitas VCC, Alves CNC, et al. A importância da atenção humanizada pelo método canguru para os cuidados com o recém-nascido nas unidades neonatais. *Rev Contri Cienc Soc* [Internet]. 2024 [acesso 2024 Set 08];17(7):e8621. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.7-316>

9. Zajac S, Woods A, Tannenbaum S, Salas E, Holladay CL. Overcoming challenges to teamwork in healthcare: A team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Front Commun* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Set 08];6:606445. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>
10. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Fev 20];27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
11. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci World J* [Internet]. 2018 [acesso 2024 Mar 03];2018:9156301. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
12. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. 2000 [acesso 2024 Mar 03]. Disponível em: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
13. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [acesso 2024 Mar 04]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
14. Andrade LEL, Lopes JK, Souza Filho M, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2024 Fev 10];23(1):161-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
15. Costa DB, Ramos D, Gabriel SC, Bernardes A. Patient safety culture: Evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2024 Fev 10];27(3):e2670016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
16. Ventura MWS, Façanha APM, Néri EDR, Diógenes MS, Lopes EM. Safety culture in the Neonatal Intensive Care Unit: Contributions from the multiprofessional team. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Mar 11];22(2):311-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200020007>
17. Reis CT, Laguardia J, Andreoli PBA, Nogueira Junior C, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version". *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Fev 20];23(1):32. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>
18. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HF. Patient safety culture at Neonatal Intensive Care Units: Perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso 2024 Mar 11];22(5):755-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>
19. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *British Med J* [Internet]. 2007 [acesso 2022 Jan 22];335:806-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
20. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Initial stage. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 2024 Mar 03];28:2199-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
21. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. 2018 [acesso 2024 Mar 03]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

22. World Health Organization – WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance [Internet]. 2020. [acesso 2024 Jan 24]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf>
23. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notifications of adverse events: Characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Jan 24]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
24. Profit J, Sharek PJ, Cui X, Nisbet CC, Thomas EJ, Tawfik DS, et al. The Correlation between Neonatal Intensive Care Unit safety culture and quality of care. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 14];16(4):e310-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000546>
25. Profit J, Lee HC, Sharek PJ, Kan P, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 [acesso 2024 Mar 14];25:954-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003924>
26. Russo NC. Burnout syndrome in the nursing team in a neonatal intensive care unit: An integrative review. *Rev Soc Bras Enferm Ped* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Set 08];20(1):40-6. Disponível em: <https://doi.org/10.31508/1676-3793202000006>
27. Driscoll A, Grant M, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, et al. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2024 Mar 11];17(1):6-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1474515117721561>
28. El-Guindy HA, El-Shahate MM, Mohamed NAAA. Effectiveness of educational program on nurses' knowledge and performance regarding shift change handoff and its effect on continuity of patient care. *Int Egypt J Nurs Sci Res* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Jan 19];3(1):192-205. Disponível em: <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.247072>
29. Minagorrea PJA, Garaub AD, Fernández MJS, Reina CC, Pernas PD, Borges AAH, et al. Safe handoff practices and improvement of communication in different paediatric settings. *An Pediatr* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Mar 14];99(3):185-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.08.008>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Segurança do recém-nascido em ventilação mecânica: análise sistêmica de riscos, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde da Criança e do Adolescente, na Universidade Federal de Pernambuco, em 2025.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Auto BSD; Monteiro EMLM; Sarinho SW.

Coleta de dados: Auto BSD; Pinto WOD.

Análise e interpretação dos dados: Auto BSD; Monteiro EMLM; Sarinho SW; Pinto WOD, Galindo CHL.

Discussão dos resultados: Auto BSD; Monteiro EMLM; Sarinho SW; Pinto WOD, Galindo CHL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Auto BSD; Monteiro EMLM; Sarinho SW; Pinto WOD, Galindo CHL.

Revisão e aprovação final da versão final: Auto BSD; Monteiro EMLM; Sarinho SW.

FINANCIAMENTO

Bolsa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 230419517, edital 2023-2024-UFPE.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, parecer n. 6.105.381/2023, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 69544723.4.0000.0155.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Associated Editors: Manuela Beatriz Velho, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-in-chief: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 27 de maio de 2024.

Aprovado: 01 de outubro de 2024.

AUTOR CORRESPONDENTE

Bruna de Sá Duarte Auto.

bruna.auto@famed.ufal.br