



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESA**



Heloísa Nunes dos Reis Rosa

**Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais da UTI Neonatal
em Manaus-Am**

Manaus - Am
2023



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESA
ENFERMAGEM**

Heloísa Nunes dos Reis Rosa

**Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais da UTI Neonatal
em Manaus-Am**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
apreciação para obtenção de título de Graduação
Bacharel em Enfermagem da Universidade do
Estado do Amazonas - UEA.

Orientadora: Prof^ª MSc Adriany da Rocha Pimentão

Manaus - Am
2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

R788cc Rosa, Heloísa Nunes dos Reis
c Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos
 profissionais da UTI Neonatal em Manaus-Am / Heloísa
 Nunes dos Reis Rosa. Manaus : [s.n], 2023.
 24 f.: color.; 30 cm.

TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado -
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Pimentão, Adriany da Rocha

Coorientador: Watanabe, Timóteo Tadashi

1. Segurança do Paciente. 2. Neonatologia. 3. Cultura Organizacional. 4. Gestão de Segurança. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Pimentão, Adriany da Rocha (Orient.). II. Watanabe, Timóteo Tadashi (Coorient.). III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais da UTI Neonatal em Manaus-Am



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A Banca Examinadora de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do (a) aluno

(a): Melania Nunes dos Reis Rosa

intitulado: Cultura de Segurança do Paciente:
Avaliação pelos profissionais da UTIN

constituída pelos professores:

(Orientador): Adriany Rocha Pimentão

(Examinador): Timoteo Tadashi Watanabe

(Examinador): Arlete Koeda de Oliveira

reunida na sala meet da ESA/UEA, no dia 28/08/23, às 14:00 horas,

para avaliar a Defesa em pauta, de acordo com as normas estabelecidas pelo regulamento de TCC desta Universidade, considerou que o referido trabalho:

Foi aprovado sem alterações¹

Foi aprovado com alterações²

Deve ser reapresentado³

Foi reprovado⁴

Manaus, 28 de Agosto de 2023

1. [Assinatura]

2. Timoteo Tadashi Watanabe

3. Arlete Koeda de Oliveira

¹ Aprovado sem alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho não precisa sofrer nenhuma alteração.

² Aprovado com alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho precisa incluir as correções indicadas pela Banca Examinadora.

³ Reapresentado (Média da AP1 e AP2 \geq 4,0 e $<$ 8,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação direta e deverá ser reformulado conforme sugestões da Banca Examinadora, sendo submetido a uma nova avaliação, conforme

Resumo

Objetivo: avaliar a cultura de Segurança em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Estado do Amazonas. **Método:** trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa do tipo *survey* com profissionais da equipe multidisciplinar de assistência em saúde que atuam no serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Dr Moura Tapajóz situada na cidade de Manaus-Amazonas, através do preenchimento da versão validada e adaptada do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Resultados:** Identificou-se a predominância do sexo feminino, entre 41 e 50 anos de idade e grau de instrução profissional com especialização em neonatologia, promoção ativa da Segurança do Paciente, porém minado pelo medo de punições durante EA. **Conclusão:** Destaca-se a importância da desmistificação da cultura punitiva, comunicação efetiva, o risco para sobrecarga de trabalho e “situação de crise”, e o impacto positivo da implementação do NSP.

Abstract

Objective: to evaluate the Safety culture in a Neonatal Intensive Care Unit in the State of Amazonas. **Method:** this is an exploratory study with a quantitative approach of the survey type with professionals from the multidisciplinary health care team who work in the Neonatal Intensive Care Unit service of Maternidade Dr Moura Tapajóz located in the city of Manaus-Amazonas, by completing the form validated and adapted version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument, from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Results:** There was a predominance of females, between 41 and 50 years of age, with a degree of professional education specializing in neonatology, active promotion of Patient Safety, but undermined by fear of punishment during AE. **Conclusion:** The importance of demystifying the punitive culture, effective communication, the risk of work overload and “crisis situation”, and the positive impact of the implementation of the PSN are highlighted.

Resumen

Objetivo: evaluar la cultura de Seguridad en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Estado de Amazonas. **Método:** se trata de un estudio exploratorio con abordaje cuantitativo del tipo encuesta con profesionales del equipo multidisciplinario de salud que actúan en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Maternidade Dr Moura Tapajóz ubicada en la ciudad de Manaus-Amazonas, mediante el llenado del formulario validado y versión adaptada del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Resultados:** Predominó el sexo femenino, entre 41 y 50 años, con grado de formación profesional en la especialidad de neonatología, promoción activa de la Seguridad del Paciente, pero socavado por el miedo al castigo durante la EA. **Conclusión:** Se destaca la importancia de desmitificar la cultura punitiva, la comunicación efectiva, el riesgo de sobrecarga de trabajo y “situación de crisis”, y el impacto positivo de la implementación del NSP.

Descritores: Segurança do Paciente; Neonatologia; Cultura Organizacional; Gestão de Segurança; Cuidados de Enfermagem

Descriptors: Patient Safety; Neonatology; Organizational Culture; Safety Management; Nursing Care

Descriptores: Seguridad del Paciente; Neonatología; Cultura Organizacional; Administración de la Seguridad; Atención de Enfermería

Contribuições do Estudo

a) Principais resultados: Identificou-se a predominância do sexo feminino, promoção ativa da Segurança do Paciente, porém minado pelo medo de punições durante notificação de Evento Adverso;

b) Implicações para os serviços: A cultura punitiva ainda impregnada nos serviços de saúde mostram-se como um lastro na comunicação e no monitoramento de Eventos Adversos, prejudicando a segurança do paciente.

c) Perspectivas: Destaca-se a importância da desmistificação da cultura punitiva, da educação permanente e comunicação efetiva, além da importância da notificação do Near Miss Materno, favorecendo a cultura de segurança do paciente.

Introdução

Historicamente a Segurança do Paciente busca proporcionar uma assistência de qualidade e segura, livre de danos, pautada na constante construção do conhecimento técnico-científico que norteia a atuação profissional. Na unidade de terapia intensiva neonatal a segurança do paciente (SP) é indispensável desde a identificação do paciente que pode gerar outros eventos associados como falha medicamentosa, risco de queda do bebê, prevenção de danos relacionados ao neurodesenvolvimento decorrentes das más práticas no cuidado, a necessidade da redução de ruídos, a redução de procedimentos dolorosos e a prevenção de lesões de pele que podem abrir portas para o risco de infecção. O paciente neonatal possui características definidoras que não permitem um cuidado universal assim como o paciente adulto, por isso é importante estar atento a correta implantação das práticas de segurança.¹

As UTIs, em geral, possuem uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, na qual possuem populações de pacientes em diferentes graus de dependência que necessitam de assistência contínua fornecida pela equipe multidisciplinar e interdisciplinar. No contexto da UTI Neonatal as intervenções adotadas visam conduzir sua prática, oferecendo através do gerenciamento, atender as necessidades e demandas que facilitem e viabilizem promover melhorias na assistência do neonato. Apesar das medidas adotadas dentro de cada serviço de saúde ainda podem ocorrer em diferentes situações os chamados eventos adversos (EA), definidos pela Taxonomia/Classificação Internacional de segurança do Paciente como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente/doente”, sendo intencional ou não.^{2,3}

No contexto da saúde, a cultura de segurança ganhou espaço através da conceituação pela *Health and Safety Commission* (1993), que definiu:

A cultura de segurança, como um aspecto da cultura da organização, foi conceituada como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura.⁴

É importante lembrar que a natureza humana não está livre de falhas, assim como os erros são considerados consequências de uma série de fatores e não causas,

compreendendo-se que mesmo não podendo mudar a condição humana, é possível modificar o ambiente em que ela se encontra para se adotar medidas de prevenção.^{5,6}

O tema tem relevância, pois subsidia a necessidade de avaliar a cultura de segurança conforme a necessidade e singularidade do paciente neonatal, dos profissionais envolvidos no cuidado e de cada serviço de saúde, tendo em vista que no estado do Amazonas os estudos relativos a esta temática é incipiente. Além disso, outro fator que pode interferir na lentificação dos avanços nesta área pode estar relacionado a não instituição de uma Coordenação Estadual de Segurança do Paciente, o que pode retardar e comprometer a cultura de segurança e o trabalho dos núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde do Estado.

Neste contexto compreendemos a necessidade de aprofundar os estudos e a promoção da cultura de segurança, que resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências, e padrões de comportamento que propiciam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança, tornando-se imperativo propor a seguinte questão de pesquisa: Qual a percepção da equipe multiprofissional quanto aos elementos que compõe a cultura de segurança dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no estado do Amazonas? E quais fragilidades e potencialidades identificados pela equipe dificultam ou favorecem a implementação da cultura da segurança?^{4,7}

Face ao exposto, o objetivo do estudo é avaliar a cultura de segurança em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Estado do Amazonas visando promover uma assistência de qualidade com gestão de riscos e livre de danos, compreendendo a partir da cultura de segurança, a necessidade e especificidade do paciente neonatal, dos profissionais envolvidos no cuidado e de cada unidade de saúde.

Método

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa do tipo *survey*, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Dr. Moura Tapajóz situada na cidade de Manaus-Amazonas. Neste estudo, a população foi composta por profissionais da equipe multidisciplinar de assistência em saúde que atuam no serviço há mais de 6 meses. Profissionais com menos de três meses de trabalho na unidade (considerando esse o período de tempo mínimo para a adaptação no setor); Profissionais que não concordarem em assinar o TCLE; e/ou Preenchimento incompleto do instrumento superior a 50% não fizeram parte da amostra.

Foi utilizada a versão traduzida e validada do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, validado para o contexto hospitalar brasileiro HSOPSC e disponível para domínio público desde 2004. O instrumento HSOPSC possui nove seções, com total de 42 itens distribuídos em 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente, e três níveis: I) unidade de trabalho; II) organização hospitalar; e III) resultado (percepção geral da segurança do paciente e frequência de notificação de eventos), possuindo uma adaptação para este estudo com a inclusão de uma pergunta chave de resposta subjetiva na seção I⁸.

Foi repassado aos participantes da pesquisa um envelope contendo o instrumento de avaliação preenchido durante o horário de trabalho na instituição, em um local privado e tranquilo. A pesquisadora permaneceu no serviço durante a coleta para esclarecimento de eventuais dúvidas e recolhimento do instrumento. Em função da baixa adesão na participação da pesquisa foi construída através da plataforma *Google Forms* a versão online do instrumento e gerado um QR CODE disponibilizado aos profissionais. Em todos os plantões após uma breve apresentação do objetivo do estudo e estimulando a participação dos colaboradores do serviço de saúde.

Os dados presentes no instrumento foram codificados pela escala Likert de cinco pontos (concordância: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “concordo totalmente”; frequência: “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre”, “sempre”) (Anexo B). Para tabulação e organização dos dados foi utilizado o software Excel 2016, e em relação a análise estatística foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Ainda com relação a análise dos dados, para avaliar a consistência interna do instrumento, calculou-se o Alfa de Cronbach, coeficiente que mensura a correlação entre as respostas em um questionário por meio da análise do perfil das respostas, cujos valores variam de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. Um limite inferior geralmente aceito é de 0,7, apesar de cair para 0,6 em pesquisas exploratórias. A classificação da Confiabilidade do Alfa de Cronbach ocorre da seguinte forma: Muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); Baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); Moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); Alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha > 0,90$).⁹

Considerando a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e demais disposta acerca do desenvolvimento das pesquisas

científicas, este projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 67016623.0.0000.5016, em 04 de abril de 2023. Todos os participantes receberam de forma verbal e por escrito as informações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 17 profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na Maternidade Dr Moura Tapajóz, sendo que todos têm contato direto com os pacientes. Estes profissionais são: um fisioterapeuta (5,88%), um médico (5,88%), 7 enfermeiros (41,18%) e 8 técnicos de enfermagem (47,06%), sendo a maioria do sexo feminino (76,47%), encontrarem-se na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade (56,25%), e possuírem uma carga de trabalho entre 20 a 39 horas semanais (82,35%). Ao que tange o grau de instrução dos profissionais, 73,47% (13) possuem pós-graduação (nível especialização), 17,65% (3) segundo grau (ensino médio completo), e 5,88% (1) ensino superior incompleto. Em relação ao tempo de trabalho no hospital 41,18% (7) dos profissionais atuam entre 16 a 20 anos no hospital, número semelhante ao tempo de trabalho na atual unidade (UTIN) de 47,06% (8).

O alfa de Cronbach, quanto as 42 perguntas do questionário referente aos objetivos do estudo, obteve um valor de confiabilidade considerado como alto ($\alpha=0,80$), o que sugere que as perguntas presentes no questionário possuem alta consistência interna entre elas. Mas ao avaliar se as subdivisões do questionário individualmente (Seções A, B, C, D e F), o valor de alfa de Cronbach reduziu o valor da consistência para todas as seções. Na Seção A, referente à “Sua Área/Unidade de Trabalho”, o valor de alfa de Cronbach foi considerado como baixo ($\alpha=0,59$) com os valores de I.V.C. das questões variando de 6,25% a 93,75% de (Figura 1).

Considerando-se A2 acerca do quantitativo suficiente de pessoal observou-se que 70,58% (12) dos profissionais não concordam deste fato. Na A6 76,47% (13) dos profissionais concordam que a equipe promove ativamente SP. Acerca da A9, 76,47% (13) concordam que a ocorrência de erros levaram à mudanças positivas no setor, e em resposta à A12 quando um EA é notificado parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema, 31,25% (5) concorda. A14 43,75% (7) discordam que trabalham em “situação de crise” enquanto 50% (8) não concorda nem discorda. Na A16 52,94% (9) demonstram preocupação que seus os erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

O resultado do alfa de Cronbach a Seção B – Meu Supervisor/Chefe teve um valor considerado baixo para a consistência interna ($\alpha=0,51$). Os avaliadores também variaram na concordância ou não dos itens questionados sendo que os valores de I.V.C. para essa seção variou de 5,88% a 58,82 % (Figura 2).

Observou-se na B1 58,82% (10) dos profissionais concordam que o supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de SP, assim como B2 64,7% (11) concordam que o mesmo leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da SP.

Para as avaliações da Seção C – Comunicação, o valor do alfa de Cronbach foi de $\alpha=0,56$ e os valores de I.V.C. variaram entre 17,65% e 76,47% e Seção D – Frequência de Eventos Relatados, o valor do alfa de Cronbach foi de $\alpha=0,46$ e os valores de I.V.C. variaram entre 41,18% e 62,50% (Figura 3).

Na C1 70,59% (12) informaram que recebem informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos, e C6 52,39% (9) dos profissionais apresentam receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

Acerca da frequência de eventos adversos notificados relatados pelos profissionais, observou-se D1 64,7% (11) dos erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados, D2 62,5% (10) informaram que erros onde não há risco de dano ao paciente são notificados. Já D3 62,5% (10) dos erros que poderiam causar dano ao paciente são quase sempre notificados.

Na Seção E – Nota de segurança do paciente: 70,59% (12) dos profissionais avaliaram como Muito Boa.

O resultado do alfa de Cronbach referente à Seção F – O Seu Hospital, teve um valor considerado moderado para a consistência interna ($\alpha=0,64$). Os avaliadores também variaram na concordância ou não dos itens sendo que os valores de I.V.C. para essa seção variou de 11,76% a 75,00 % (Figura 4).

A F1 64,7% (11) dos profissionais concordam que a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente, porém F2 43,75% (7) concordam que as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si. A F3 52,94% (9) concordam que o processo de cuidado é comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para outra. Na F5 64,71% (11) dos profissionais discordam que há perda de informação importantes sobre o cuidado durante mudanças de plantão ou turno. Sobre a direção, F8 75%

(12) concordam que as ações da direção demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade e F11 70,59% (12) discordam que no hospital as mudanças de plantão ou turno são problemáticas para os pacientes.

Na Seção I – “Quais as fragilidades e potencialidades identificadas por você ou sua equipe que dificultam ou favorecem a implementação da cultura de segurança?” foram elencadas as respostas conforme as seções e perguntas presentes no instrumento de avaliação HSOPSC.

Discussão

Verificou-se a consistência interna do instrumento quanto às 42 perguntas do questionário, que obteve um valor de confiabilidade considerado como alto ($\alpha=0,80$), o que sugere que as perguntas presentes no questionário possuem alta consistência interna entre elas. Mas ao avaliar-se as subdivisões do questionário individualmente (Seções A, B, C, D e F), o valor de alfa de Cronbach reduziu o valor da consistência para todas as seções, principalmente Seção A considerado como baixo ($\alpha=0,59$), Seção B baixo para a consistência interna ($\alpha=0,51$), Seção C $\alpha=0,56$ e Seção D $\alpha=0,46$. Tais valores indicam que cada item possui alta correlação com os demais itens da escala.¹⁰

Com relação à caracterização dos participantes como a predominância do sexo feminino e o grau de instrução profissional, que demonstra predominância da especialização relacionada à área de atuação da neonatologia, foi verificado a similaridade encontrada no estudo de Dolzane (2020), que traçou o perfil dos profissionais de saúde na atenção básica no estado do Amazonas, observando-se que a cultura educacional e crescimento no meio acadêmico estão sendo valorizadas e implementadas na assistência em saúde no estado¹¹. Isso indica a preocupação que a instituição MMT tem a nível de educação permanente quanto a atualização e crescimento técnico-científico dos profissionais que resulta numa melhor assistência.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016) a notificação de EA não tem qualquer caráter punitivo, porém possuem dois grandes objetivos, a melhoria contínua dos processos por meio dos dados coletados e a captação de EA *never events* e óbitos. Neste contexto constatou-se que os profissionais da UTIN buscam promover ativamente a segurança do paciente, porém é importante desmistificar o pensamento punitivo que cerca a ocorrência e notificação de EA, fato este comprovado nesta pesquisa pela inconsistência nas opiniões expressadas em relação ao foco que recai sobre a pessoa e não sobre o problema durante a

notificação de um evento adverso e pela preocupação que os erros sejam registrados em suas fichas funcionais. Observou-se ainda a manifestação dos profissionais quanto a esta temática como: na seção I, (P5) “Desmistificar a ideia de punição e implementar melhorias nos pontos fracos identificados dentro da unidade” (P6) “Ainda falta maior esclarecimento e divulgação acerca da cultura de segurança dentro da maternidade para que o funcionário perceba que precisamos identificar o erro no processo de trabalho como um todo e não diretamente em quem cometeu a falha;”, e (P13) “Campanha mais frequentes focando o caráter educativo e não punitivo das notificações em especial das gerências e direção”. É importante também salientar continuamente os objetivos da notificação de EA que culminam na proposta da SP de caráter educativo a fim de transformar hábitos, procedimentos, e a própria cultura de segurança proporcionando uma assistência de qualidade e segura, livre de danos.¹²

Resende (2020) aborda sobre a importância da notificação dos EA, sendo o medo e a incerteza fatores que interfere na melhoria da segurança do paciente, pois podem gerar subnotificações. Tal situação pode dar-se devido à exaustão emocional dos profissionais, aos princípios éticos gerais e individuais e ao receio às punições previstas em lei. Fato este observado no estudo pelo receio dos profissionais de perguntar quando algo parece não estar certo, o que reforça o medo e a incerteza atrelados à ocorrência de EA e sua subsequente abordagem e receio às punições previstas em lei.¹³

No que se refere a frequência de notificação, os profissionais relataram que uma média de 63% dos erros são notificados independentemente de sua natureza. Contudo observou-se uma deficiência de notificações do *Near Miss Materno* (NMM), o ápice da gravidade que precede a morte, sendo assim, a “quase” morte, durante período gestacional, o parto ou em até 42 dias posterior ao parto. A notificação do Near Miss na UTIN é importante considerando-se o binômio e os benefícios da presença materna para o desenvolvimento neonatal e melhora clínica, sendo a mãe umas das figuras principais no método canguru e na colostroterapia. A subnotificação deste evento se agrava na UTIN, dada a especificidade de cuidados e grau de dependência apresentado pelos neonatos, devendo ser ressaltada a necessidade e importância da notificação em todos os setores da maternidade e o correto preenchimento do formulário para auxiliar no rastreamento e prevenção de novas ocorrências.^{14,15}

Duarte (2020) discute sobre um conceito muito abordado atualmente na SP: o “modo de crise” ou “situação de crise”, tentando fazer tudo muito rapidamente e sem a atenção necessária, que reflete cenários onde o profissional trabalha mais de 60 horas semanais e/ou possuem múltiplos vínculos empregatícios, resultando na sobrecarga de trabalho que leva ao

estresse e à fadiga, fatores que comprometem o desempenho e poderão resultar em erros, falta de comunicação, problemas interpessoais, perda do respeito, compreensão e ajuda mútua. Tal fato foi observado nesta pesquisa pelos profissionais que consideram trabalharem em “situação de crise”, assim como acreditam que pode haver o comprometimento da SP em relação à quantidade de trabalho, também expressado na seção I (P3) “Falta de funcionários na unidade, sobrecarga de serviço”.¹⁶

Como apontam Duarte (2020) e Manias (2021) fortalecer a comunicação efetiva intraprofissional e interprofissional baseada na cultura organizacional fornece uma comunicação mais fluida e livre de ruídos, eliminando possíveis fatores que favorecem a ocorrência de EA. Fato este observado no estudo pela presença da comunicação efetiva, recebimento do *feedback* sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos, os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores, tendo uma perda mínima de informações importantes sobre o cuidado durante mudanças de plantão ou turno^{16,17}. Devido a heterogeneidade presente na UTIN métodos e ferramentas padronizados que melhorem a comunicação efetiva são recomendadas para uso contínuo pela equipe de saúde. A autora Felipe (2022) aborda sobre a ferramenta SBAR (do inglês *Situation, Background, Assessment and Recommendation*) que possibilita estruturar a comunicação entre a equipe de saúde, em especial equipe de enfermagem, de forma organizada, clara e objetiva.¹⁸

É importante ressaltar a particularidade que a Maternidade Dr. Moura Tapajóz possui, tendo celebrado recentemente 1 ano da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que tem um papel fundamental no incremento de qualidade e segurança nos serviços de saúde, além de promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, integração dos setores, e articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente¹⁹. O NSP produziu um impacto positivo na maternidade, aumentando o número de notificações, implementando estratégias propostas no Programa Nacional de Segurança do Paciente, e em concordância com a Fundação de Vigilância Sanitária (FVS) buscam atingir as metas mensais e anuais para SP.

A publicação *To Err is Human* do U.S. Institute of Medicine (IOM) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, que refletisse o comprometimento dos profissionais com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro tanto para profissionais quanto pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization):

A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento de dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos adversos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização.²⁰

Tais pontos podem ser trabalhados através dos níveis de maturidade da cultura de segurança que permitem o progresso das organizações ao longo do tempo. Hudson pontua que:

Na cultura “patológica”, grau inferior de maturidade, a segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores; na cultura “reativa”, a organização começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes; na cultura “calculada”, a segurança é gerenciada, mas as abordagens são muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento/gestão de risco e foco na coleta/recolha de dados; na cultura “proativa”, há um número maior de profissionais envolvidos no sentido de identificar e trabalhar os problemas de segurança, antecipando a ocorrência de incidentes; e por fim na cultura “geradora”, há a participação de todos os níveis de organização, com aumento da confiança.²¹

As limitações para realização do estudo se relacionam com o medo dos profissionais de sofrerem punições através do estudo que gerou uma baixa adesão ao preenchimento físico do instrumento dificultando a realização das coletas de dados. A inconsistência do instrumento em avaliar a carga horária total de trabalho dos profissionais somando os vários vínculos empregatícios e extras.

Como contribuições para a equipe multiprofissional os resultados do estudo demonstraram que as boas práticas da cultura de segurança do paciente contribuem para a melhora da assistência e auxiliam na identificação de fatores que comprometem a SP, porém é necessário a participação de todos os envolvidos no processo do cuidado, bem como a busca contínua do aperfeiçoamento da SP pelos meios educativos.

A Maternidade Dr. Moura Tapajóz possui boa implementação da cultura de segurança, demonstrado através do valor de confiabilidade considerado como alto ($\alpha=0,80$). No âmbito da UTIN, foi possível identificar as fragilidades e potencialidades da implementação da segurança do paciente na unidade e discutir estratégias de boas práticas, sendo os principais pontos destacados a cultura “punitiva” que cerca a ocorrência de EA e de

que forma isso afeta os profissionais e a SP, a subnotificação do Near Miss Materno, o risco para sobrecarga de trabalho e “situação de crise”, a execução da comunicação efetiva dentro da unidade e com as demais unidades do hospital, e o impacto positivo da implementação do NSP.

Contribuição dos Autores

Os autores dessa publicação contribuíram com a mesma sob os seguintes aspectos principais:

Heloísa Nunes dos Reis Rosa realizou seu TCC, o qual deu base para o artigo. Participou desde o planejamento da pesquisa e na coleta de dados a campo, bem como na análise dos dados e desenvolvimento da redação do artigo.

Adriany da Rocha Pimentão orientadora do trabalho, participou no planejamento do estudo, orientou a coleta de dados a campo, análise dos dados e redação do artigo.

Timóteo Tadashi Watanabe co-orientador do trabalho, participou das análises estatísticas e construção das tabelas que fomentaram a análise dos dados.

Esther Pereira Abensur participou da análise dos dados e concepção da discussão.

Referências

- 1 Fiocruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais Questões sobre Segurança do Paciente em Unidades Neonatais. Fiocruz, (2019). [acesso em 16 mar 2022]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-seguranca-do-paciente-em-unidades-neonatais/>.
- 2 Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Texto & Contexto-Enfermagem 19 2010; 372-377. [acesso em 16 mar 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200020>
- 3 World Health Organization. Quality of care: patient safety In: Fifty-Fifth World Health Assembly, Wha 55.18 (2002). [acesso em 16 mar 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78535>
- 4 Health and Safety Commission (HSC). Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI. London (UK): HMSO; 1993.
- 5 Walendowsky ASSR. Proposta de implantação da avaliação do risco e notificação de quedas no serviço de emergência adulto (2015). [acesso em 10 maio 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/132475>.
- 6 Philip Alistar GS. The Evolution of Neonatology. Pediatric research 2005;58.4: 799-815. [acesso em 8 maio 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15718376/>.
- 7 Wegner W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Escola Anna Nery, v. 20, 2016. [acesso em 17 mar 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
- 8 Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(3):455-68. doi: 10.5123/S1679-49742017000300004.

- 9 Gottms LBD, Carvalho EMP, Guilhem D, Pires MRGM. Good practices in normal childbirth: Reliability analysis of an instrument by cronbach's alpha. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26. [acesso em 12 jun 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000>
- 10 Matthiensen, A. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. (2010). [acesso em 1 ago 2023]. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/936813/1/DOC482011ID112.pdf>
- 11 Dolzane RS, Schweickardt, JC. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. *Trabalho, Educação e Saúde*. (2020). DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288
- 12 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016).
- 13 Resende AL da C, Silva N de J, Resende MA, Santos AA dos, Souza G de, Souza HC de. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *REAS [Internet]*. 7fev.2020 [acesso 1 ago 2023];(39):e2222. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222>
- 14 Cantalixto VF, Farias FN. Conceitos e características da morbidade materna e near miss: revisão bibliográfica. *REAS [Internet]*. 1fev.2021 [acesso 1 ago 2023];13(1):e5752. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5752>
- 15 Luz RT, Trindade TBS, Lima DS, Climaco LCC, Ferraz IS, Teixeira SCR, et al. Importância da presença de familiares durante o internamento neonatal. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e239790 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239790>
- 16 Duarte SCM, Azevedo SS, Muinck GC, Costa TF, Cardoso MMVN, Moraes JRMM. Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180482. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>
- 17 Manias E, Bucknall T, Woodward-Kron R, Hughes C, Jorm C, Ozavci G, Joseph K. Interprofessional and Intraprofessional Communication about Older People's Medications across Transitions of Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 8;18(8):3925. doi: 10.3390/ijerph18083925. PMID: 33918010; PMCID: PMC8068321.
- 18 Felipe TRL, Spiri WC, Juliani CMCM, Mutro MEG. Nursing staff's instrument for change-of-shift reporting - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6):e20210608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608pt>
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Segurança do Paciente – Programa Nacional de Segurança do paciente PNSP. Brasília-DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>
- 20 World Health Organization. Global Priorities for patient safety research, 2009. [acesso em 2 ago 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>
- 21 Fiocruz. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2. ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>

Tabela 1 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Unidade de Trabalho (Seção A).

SEÇÃO A - SUA ÁREA/UNIDADE DE TRABALHO	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	I.V.C.
1. AS PESSOAS APOIAM UMAS ÀS OUTRAS	3 (18.75%)	12 (75.00%)	0 (0.00%)	1 (6.25%)	0 (0.00%)	93.75%
2. TEMOS PESSOAL SUFICIENTE PARA DAR CONTA DA CARGA DE TRABALHO	0 (0.00%)	5 (29.41%)	5 (29.41%)	5 (29.41%)	2 (11.76%)	29.41%
3. QUANDO HÁ MUITO TRABALHO A SER FEITO RAPIDAMENTE, TRABALHAMOS EM EQUIPE PARA CONCLUI-LO DEVIDAMENTE	3 (17.65%)	9 (52.94%)	4 (23.53%)	1 (5.88%)	0 (0.00%)	70.59%
4. NESTA UNIDADE, AS PESSOAS SE TRATAM COM RESPEITO	4 (23.53%)	10 (58.82%)	2 (11.76%)	1 (5.88%)	0 (0.00%)	82.35%
5. OS PROFISSIONAIS DESTA UNIDADE TRABALHAM MAIS HORAS DO QUE SERIA MELHOR PARA O CUIDADO DO PACIENTE	2 (11.76%)	2 (11.76%)	4 (23.53%)	7 (41.18%)	2 (11.76%)	23.53%
6. ESTAMOS ATIVAMENTE FAZENDO COISAS PARA MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE	3 (17.65%)	10 (58.82%)	4 (23.53%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	76.47%
7. UTILIZAMOS MAIS PROFISSIONAIS TEMPORÁRIOS/TERCEIRIZADOS DO QUE SERIA DESEJÁVEL PARA O CUIDADO DO PACIENTE	0 (0.00%)	6 (35.29%)	4 (23.53%)	7 (41.18%)	0 (0.00%)	35.29%
8. OS PROFISSIONAIS CONSIDERAM QUE SEUS ERROS PODEM SER USADOS CONTRA ELES	3 (17.65%)	5 (29.41%)	7 (41.18%)	2 (11.76%)	0 (0.00%)	47.06%
9. ERROS TÊM LEVADO A MUDANÇAS POSITIVAS POR AQUI	2 (11.76%)	11 (64.71%)	3 (17.65%)	1 (5.88%)	0 (0.00%)	76.47%
10. É APENAS POR ACASO, QUE ERROS MAIS GRAVES NÃO ACONTECEM POR AQUI	0 (0.00%)	1 (6.25%)	5 (31.25%)	3 (18.75%)	7 (43.75%)	6.25%
11. QUANDO UMA ÁREA DESTA UNIDADE FICA SOBRECARGADA, OS OUTROS PROFISSIONAIS DESTA UNIDADE AJUDAM	1 (5.88%)	6 (35.29%)	5 (29.41%)	4 (23.53%)	1 (5.88%)	41.18%
12. QUANDO UM EVENTO É NOTIFICADO, PARECE QUE O FOCO RECAÍ SOBRE A PESSOA E NÃO SOBRE O PROBLEMA	0 (0.00%)	5 (31.25%)	3 (18.75%)	8 (50.00%)	0 (0.00%)	31.25%
13. APÓS IMPLANTAR MUDANÇAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE, AVALIAMOS A EFETIVIDADE	1 (6.25%)	7 (43.75%)	4 (25.00%)	4 (25.00%)	0 (0.00%)	50.00%
14. NÓS TRABALHAMOS EM "SITUAÇÃO DE CRISE", TENTANDO FAZER MUITO E MUITO RÁPIDO	0 (0.00%)	1 (6.25%)	8 (50.00%)	7 (43.75%)	0 (0.00%)	6.25%
15. A SEGURANÇA DO PACIENTE JAMAIS É COMPROMETIDA EM FUNÇÃO DE MAIOR QUANTIDADE DE TRABALHO A SER CONCLUÍDA	2 (12.50%)	4 (25.00%)	3 (18.75%)	6 (37.50%)	1 (6.25%)	37.50%
16. OS PROFISSIONAIS SE PREOCUPAM QUE SEUS ERROS SEJAM REGISTRADOS EM SUAS FICHAS FUNCIONAIS	0 (0.00%)	7 (41.18%)	2 (11.76%)	8 (47.06%)	0 (0.00%)	41.18%
17. NESTA UNIDADE TEMOS PROBLEMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	2 (12.50%)	3 (18.75%)	3 (18.75%)	7 (43.75%)	1 (6.25%)	31.25%
18. OS NOSSOS PROCEDIMENTOS E SISTEMAS SÃO ADEQUADOS PARA PREVINIR A OCORRÊNCIA DE ERROS	2 (12.50%)	8 (50.00%)	2 (12.50%)	4 (25.00%)	0 (0.00%)	62.50%

(Figura 1: Tabela 1 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Unidade de Trabalho (Seção A).

Tabela 2 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Chefia (Seção B).

SEÇÃO B - O SEU SUPERVISOR/CHEFE	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	I.V.C.
1. O MEU SUPERVISOR/ CHEFE ELOGIA QUANDO VÊ UM TRABALHO REALIZADO DE ACORDO COM OS PROCEDIMENTOS ESTABELECIDOS PELA SEGURANÇA DO PACIENTE	1 (5.88%)	9 (52.94%)	4 (23.53%)	3 (17.65%)	0 (0.00%)	58.82%
2. O MEU SUPERVISOR/CHEFE REALMENTE LEVA EM CONSIDERAÇÃO AS SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE	2 (11.76%)	9 (52.94%)	4 (23.53%)	2 (11.76%)	0 (0.00%)	64.71%
3. SEMPRE QUE A PRESSÃO AUMENTA, MEU SUPERVISOR/CHEFE QUER QUE TRABALHEMOS MAIS RÁPIDO, MESMO QUE ISSO SIGNIFIQUE "PULAR ETAPAS"	0 (0.00%)	1 (5.88%)	4 (23.53%)	7 (41.18%)	5 (29.41%)	5.88%
4. O MEU SUPERVISOR/CHEFE NÃO DÁ ATENÇÃO SUFICIENTE AOS PROBLEMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE QUE ACONTECEM REPENTINAMENTE	1 (5.88%)	2 (11.76%)	0 (0.00%)	7 (41.18%)	7 (41.18%)	17.65%

(Figura 2: Tabela 2 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Chefia (Seção B).

Tabela 3 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Comunicação (Seção C) e Frequência de Eventos Relatados (Seção D).

SEÇÃO C – COMUNICAÇÃO / SEÇÃO D - FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS	SEMPRE	QUASE SEMPRE	AS VEZES	RARAMENTE	NUNCA	I.V.C.
C - 1. NÓS RECEBEMOS INFORMAÇÃO SOBRE MUDANÇAS IMPLEMENTADAS A PARTIR DOS RELATÓRIOS DE EVENTOS	2 (11.76%)	3 (17.65%)	7 (41.18%)	3 (17.65%)	2 (11.76%)	29.41%
C - 2. OS PROFISSIONAIS TÊM LIBERDADE PARA DIZER AO VER ALGO QUE AFETA NEGATIVAMENTE O CUIDADO DO PACIENTE	7 (41.18%)	6 (35.29%)	3 (17.65%)	1 (5.88%)	0 (0.00%)	76.47%
C - 3. NÓS SOMOS INFORMADOS SOBRE OS ERROS QUE ACONTECEM NA UNIDADE	4 (23.53%)	5 (29.41%)	5 (29.41%)	3 (17.65%)	0 (0.00%)	52.94%
C - 4. OS PROFISSIONAIS SENTEM-SE À VONTADE PARA QUESTIONAR DECISÕES OU AÇÕES DOS SEUS SUPERIORES	2 (11.76%)	5 (29.41%)	8 (47.06%)	1 (5.88%)	1 (5.88%)	41.18%
C - 5. NESTA UNIDADE, DISCUTIMOS MEIOS DE PREVINIR ERROS EVITANDO QUE ELES ACONTEÇAM NOVAMENTE	5 (31.25%)	4 (25.00%)	7 (43.75%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	56.25%
C - 6. OS PROFISSIONAIS TEM RECEIO DE PERGUNTAR, QUANDO ALGO PARECE NÃO ESTAR CERTO	2 (11.76%)	1 (5.88%)	6 (35.29%)	4 (23.53%)	4 (23.53%)	17.65%
D - 1. QUANDO OCORRE UM ERRO, MAS ELE É <u>PERCEBIDO E CORRIGIDO ANTES DE AFETAR O PACIENTE</u> , COM QUE FREQUENCIA É NOTIFICADO	2 (11.76%)	5 (29.41%)	4 (23.53%)	5 (29.41%)	1 (5.88%)	41.18%
D - 2. QUANDO OCORRE UM ERRO, <u>NÃO HÁ RISCO DE DANO AO PACIENTE</u> , COM QUE FREQUENCIA É NOTIFICADO	3 (18.75%)	5 (31.25%)	2 (12.50%)	3 (18.75%)	3 (18.75%)	50.00%
D - 3. QUANDO OCORRE UM ERRO, <u>QUE PODERIA CAUSAR DANO AO PACIENTE</u> , COM QUE FREQUENCIA É NOTIFICADO	4 (25.00%)	6 (37.50%)	2 (12.50%)	3 (18.75%)	1 (6.25%)	62.50%

(Figura 3: Tabela 3 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto à Comunicação (Seção C) e Frequência de Eventos Relatados (Seção D).

Tabela 4 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto ao hospital (Seção F).

SEÇÃO F - O SEU HOSPITAL	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	I.V.C.
1. A DIREÇÃO DO HOSPITAL PROPICIA UM CLIMA DE TRABALHO QUE PROMOVE A SEGURANÇA DO PACIENTE	1 (5.88%)	10 (58.82%)	5 (29.41%)	1 (5.88%)	0 (0.00%)	64.71%
2. AS UNIDADES DO HOSPITAL NÃO ESTÃO BEM COORDENADAS ENTRE SI	1 (6.25%)	6 (37.50%)	5 (31.25%)	3 (18.75%)	1 (6.25%)	43.75%
3. O PROCESSO DE CUIDADO É COMPROMETIDO QUANDO O PACIENTE É TRANSFERIDO DE UMA UNIDADE PARA OUTRA	1 (5.88%)	8 (47.06%)	2 (11.76%)	4 (23.53%)	2 (11.76%)	52.94%
4. HÁ UMA BOA COOPERAÇÃO ENTRE AS UNIDADES DO HOSPITAL QUE PRECISAM TRABALHAR EM CONJUNTO	1 (5.88%)	6 (35.29%)	5 (29.41%)	5 (29.41%)	0 (0.00%)	41.18%
5. É COMUM PERDA DE INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O CUIDADO DO PACIENTE DURANTE AS MUDANÇAS DE PLANTÃO OU TURNO	1 (5.88%)	5 (29.41%)	1 (5.88%)	7 (41.18%)	3 (17.65%)	35.29%
6. MUITAS VEZES É DESAGRADAVEL TRABALHAR COM PROFISSIONAIS DE OUTRAS UNIDADES DO HOSPITAL	1 (8.33%)	4 (33.33%)	1 (8.33%)	4 (33.33%)	2 (16.67%)	41.67%
7. COM FREQUENCIA OCORREM PROBLEMAS NA TROCA DE INFORMAÇÕES ENTRE AS UNIDADES DO HOSPITAL	1 (6.67%)	5 (33.33%)	4 (26.67%)	4 (26.67%)	1 (6.67%)	40.00%
8. AS AÇÕES DA DIREÇÃO DEMOSTRAM QUE A SEGURANÇA DO PACIENTE É UMA PRIORIDADE PRINCIPAL	3 (18.75%)	9 (56.25%)	4 (25.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	75.00%
9. A DIREÇÃO SÓ PARECE INTERESSADA NA SEGURANÇA DO PACIENTE QUANDO OCORRE ALGUM EVENTO ADVERSO	1 (5.88%)	5 (29.41%)	2 (11.76%)	7 (41.18%)	2 (11.76%)	35.29%
10. AS UNIDADES DO HOSPITAL TRABALHAM BEM EM CONJUNTO PARA PRESTAR O MELHOR CUIDADO AOS PACIENTES	2 (12.50%)	7 (43.75%)	4 (25.00%)	3 (18.75%)	0 (0.00%)	56.25%
11. NESTE HOSPITAL, AS MUDANÇAS DE PLANTÃO OU TURNO SÃO PROBLEMATICAS PARA OS PACIENTES	1 (5.88%)	1 (5.88%)	3 (17.65%)	7 (41.18%)	5 (29.41%)	11.76%

(Figura 4: Tabela 4 – Avaliação dos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz quanto ao hospital (Seção F).

(Tabela 1 – Identificação das fragilidades e potencialidades apontadas pelos profissionais de saúde da Maternidade Doutor Moura Tapajóz (Seção I).

Características avaliadas	Apontamentos: Fragilidades
Seção A: 2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	(P1) “Capacitação dos novos servidores antes de iniciarem suas atividades nos setores que forem lotados como UTIN/UCINCO/UCINCA não deixando a cargo dos profissionais do setor de plantão”
	(P2) “Pessoal novo integrante da UTIN/UCINCO (início).”
	(P3) “Falta de funcionários na unidade, sobrecarga de serviço”
	(P4) “Não há disponibilidade de leitos e profissionais”
Seção A: 8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	(P5) “Desmistificar a ideia de punição e implementar melhorias nos pontos fracos identificados dentro da unidade”
	(P6) “Ainda falta maior esclarecimento e divulgação acerca da cultura de segurança dentro da maternidade para que o funcionário perceba que precisamos identificar o erro no processo de trabalho como um todo e não diretamente em quem cometeu a falha;”
Seção A: 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	(P7) “Não cumprimento das normas de segurança e padronizações, falta de interesse dos servidores em atualizações”
	(P8) “Resistência em seguir o estabelecido/desinteresse/desconhecimento”
Seção F: 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	(P9) “Melhorar a comunicação entre profissionais e entre os setores”
	(P10) “Seguimento de todos os profissionais de todos os setores dos protocolos de atendimento ao RN preconizados pelo MS como o Quali-NEO por exemplo”
	(P11) “A falta de comunicação com a gerência da instituição”
Seção F: 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	(P12) “Sensibilização mais invasiva dos profissionais quanto à relevância da valorização da cultura de segurança”
	(P13) “Campanha mais frequentes focando o caráter educativo e não punitivo das notificações em especial das gerências e direção”
	(P14) “Socialização regular nos setores dos índices e indicadores relacionados à segurança do paciente, para conhecimento pelos profissionais de saúde, reflexão crítica coordenada pelo NSP

		buscando mudanças de paradigmas e condutas frente aos pontos críticos identificados”
		(P15) “Capacitação do profissional e conscientização da equipe quanto a importância de suas ações que favorecem a evolução da segurança do paciente.”
Infraestrutura e Insumos	e	(P16) “Reestruturação e revisão dos equipamentos, rede de gases e insumos de suporte à assistência. Exemplo: ter uma rede de gases eficaz, manômetros funcionantes, circuitos de O2 e AC sem escapes, frascos para aspiração com vedação eficaz garantindo vácuo eficiente, incubadoras com boa visibilidade, capacete OXI HOOD de tamanhos variados que atendam as características de cada RN, cadeiras adequadas para acomodação das genitoras durante extração manual do leite e método Canguru.”
		(P17) “UTI muito pequena, com muitas coisas ao redor do leito (incubadora) dificultando no trabalho”
		(P18) “Falta de insumos”
Comunicação com Pais e Acompanhantes		(P19) “Orientar pais e acompanhantes regulamente utilizando-se da comunicação adequada”
Características avaliadas		Apontamentos: Potencialidades
Seção A: 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente		(P20) “Aptidão e espírito de equipe”