

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem



Dissertação

**A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de
terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial.**

Vanessa Acosta Alves

Pelotas, 2020

Vanessa Acosta Alves

A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPG) da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Inserido na linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr.^aViviane Marten Milbrath

Pelotas, 2020

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na
Publicação

A474c Alves, Vanessa Acosta

A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva neonatal : uma pesquisa convergente assistencial / Vanessa Acosta Alves ; Viviane Marten Milbrath, orientadora. — Pelotas, 2020. 175 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2020.

1. Segurança do paciente. 2. UTI neonatal. 3. Comunicação. 4. Equipe de saúde. 5. Enfermagem. I. Milbrath, Viviane Marten, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Vanessa Acosta Alves

A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 27 de agosto de 2020

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr.^a Viviane Marten Milbrath (Orientadora) - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS)

Prof^a. Dr^a Ruth Irmgard Bartschi Gabatz - Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS)

Prof^a. Dr^a Diana Cecagno - Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande (RS)

Prof^a. Dr^a Maira Buss Thofehn - Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC)

Prof^a. Dr^a Lilian Moura de Lima Spagnolo - Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS)

Prof^a. Dr^a Mercedes Trentini - Doutora em Enfermagem pela University of Alabama, Birmingham (AL/USA)

Dedico este trabalho à minha família, a todos os colegas de profissão e aos pacientes neonatais desta instituição, que me ensinaram a essência da profissão

Agradecimentos

Ancorar este trabalho em um bom porto jamais seria possível sem o auxílio de várias pessoas, as quais nortearam meu velejar durante o curso de mestrado e, por muitas vezes, me trouxeram de volta a rota para a conclusão dessa dissertação.

Primeiramente gostaria de deixar minha gratidão a Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer, por sua eterna compreensão e tolerância, por seu infinito amor, por não me permitir desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigado por tudo.

Gostaria também de agradecer minha orientadora, Professora Doutora Viviane Marten Milbrath por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante o curso. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Dr^a Ruth Irmgard Bartschi Gabatz, Prof^a. Dr^a Diana Cecagno, Prof^a. Dr^a Maira Buss Thofehn, Prof^a. Dr^a Lilian Moura de Lima Spagnolo, e Prof^a. Dr^a Mercedes Trentini, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Igualmente gostaria de agradecer a todos professores e colegas, do curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, por todos ensinamentos, reflexões e aprendizados que construímos em sala de aula. Aos queridos alunos do curso de enfermagem que me possibilitaram vivenciar à docência de uma forma muito proveitosa e agradável.

Ao Hospital escola por possibilitar esta pesquisa, assim como aos colegas de trabalho Enfermeiros, técnico em Enfermagem, Fisioterapeutas, Médicos, Fonoaudiólogos e Nutricionistas. Meu muito obrigada, por cada palavra de incentivo e contribuição à construção deste estudo. Aos meus queridos pacientes e suas famílias que todo o dia me impulsionam na busca por melhoria na assistência.

Por fim, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais, irmã e esposo pela escuta incansável ao longo dessa jornada. Muito obrigada!

RESUMO

ALVES, Vanessa Acosta. **A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal:** uma pesquisa convergente assistencial. Orientadora: Prof^a Dr^a Viviane Marten Milbrath. 2020. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2020.

Este estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo e delineamento sustentado pelo método de Pesquisa Convergente-Assistencial. Objetivou conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada à segurança do paciente. E para prática assistencial teve como objetivo aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na unidade de terapia intensiva neonatal. O local do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, na cidade de Pelotas. Os participantes deste estudo foram 17 profissionais, entre enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos que desempenham suas atividades integralmente ou majoritariamente no local de estudo. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada, observação participante e registros de diário de campo, no período de julho a agosto de 2019. Posteriormente as informações foram organizadas e codificadas, a fim de servir de arcabouço para o desenvolvimento de um desenho teórico do qual resultaram três categorias: Caracterizando a comunicação entre os profissionais na UTI neonatal; Segurança do paciente em UTI neonatal: percepções ou compreensões dos profissionais; A representatividade da comunicação para a segurança do paciente. Compreendeu-se que a segurança do paciente é fruto do trabalho em equipe, que se utiliza da comunicação como ferramenta para manter os fluxos do cuidado, sendo essa necessária à construção de uma cultura de segurança a nível organizacional. A comunicação efetiva, precisa ser foco de busca na construção do trabalho em equipe, a partir da busca de técnicas e métodos que o qualifiquem. Deve ser vista como um processo de conquista gradual, e que depende de capacitações, da prática diária e de uma liderança engajada na temática segurança do paciente. Por fim, na fase de transferência, foi possível trabalhar junto da equipe multiprofissional na busca de artifícios que amparassem a mudança de comportamentos. De modo a contruir e adaptar os procedimentos e protocolos a fim de organizar os fluxos de comunicação em vistas à segurança do paciente neonato. Por fim, se espera que com a realização desse estudo seja possível fortalecer o trabalho da equipe multiprofissional, com vistas a instigar a busca pela eficácia da comunicação interdisciplinar, com foco na segurança do paciente internado em UTI neonatal e que com os instrumentos de convergência, se reforcem os esforços na busca pela consolidação da cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. UTI neonatal. Comunicação. Equipe de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

ALVES, Vanessa Acosta. **Interprofessional communication for patient safety in a neonatal intensive care unit: a convergent care research**. 2020. 170f. Dissertation (Master in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2020.

This study is a qualitative descriptive research with design supported by the Convergent-Assistance Research (PCA) method. The objective was to learn the perception of professionals working in the neonatal intensive care unit about interprofessional communication related to patient safety. Concerning the care practice, it aimed to improve the interprofessional communication process in order to promote patient safety in the neonatal intensive care unit. The study site was the Neonatal Intensive Care Unit, in the Teaching Hospital of the Federal University of Pelotas, in the city of Pelotas (RS). There were 17 professionals participating in this study, including nurses, nursing technicians, doctors, physiotherapists, nutritionists and speech therapists, who perform their activities entirely or mostly at the study site. Data collection took place through semi-structured interviews, participant observation and field diary records, from July to August, 2019. Afterwards, the information was organized and coded in order to function as a framework for the development of a theoretical design, which resulted in three categories: a) Characteristics of communication between professionals in neonatal intensive care; b) Patient safety in neonatal intensive care units: perceptions or understandings of professionals; c) Representativeness of communication for patient safety. It was understood that patient safety is the result of teamworks that use communication as a tool to maintain the care flow necessary to build a culture of safety at the organizational level. Effective communication needs to be the focus in teamwork building, thereby, techniques and methods that qualify it must be searched. It must be seen as a gradual achievement process, which depends on training, daily practice and leadership committed with patient safety. Finally, in the transfer phase, it was possible to work with the multiprofessional team, searching for stratagems to support behavior change, in order to build and adapt the procedures and protocols to organize the communication flows, aiming at the safety of the newborn patient. Conclusively, it is hoped that this study enables the reinforcement of the work of the multiprofessional team and instigates the search for the effectiveness of interdisciplinary communication, focusing on the safety of patients admitted to the neonatal ICU, and on the efforts to consolidate the culture of patient safety.

Keywords: Patient safety. Neonatal ICU. Communication. Health team. Nursing.

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo de causa de acidente- Queijo Suíço.....	30
Figura 2	Quadro ilustrativo da Portaria nº 930/2012- Critérios e estrutura mínima para classificação UTIN, adaptado pela autora (2019).....	35
Figura 3	Medidas centrais nos cuidados com o neurodesenvolvimento na UTIN.....	37
Figura 4	Diagrama de representação da produção de dados na PCA-comunicação interprofissional e a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal.....	48
Figura 5	Diagrama de exemplificação e representação da fase de interpretação das informações na PCA- comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal.....	60

Lista de Abreviaturas e Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HE	Hospital Escola
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PICC	Cateterização venosa central de inserção periférica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBAR	Mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PRESSUPOSTOS.....	21
3 OBJETIVOS.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE PESQUISA.....	22
3.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	23
4 MARCO CONCEITUAL.....	24
4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
4.1.1 CONHECENDO UM POUCO DA HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
4.1.2 O MODELO DO QUEIJO SUÍÇO.....	29
4.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E SUAS ESPECIFICIDADES.....	32
4.3 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATO.....	41
5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	44
6 METODOLOGIA.....	45
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	45
6.2 FASE DE CONCEPÇÃO.....	48
6.3 FASE DA INSTRUMENTAÇÃO.....	51
6.3.1 LOCAL DA PESQUISA.....	52
6.3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
6.3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	54
6.4 FASE DE PERSCUTAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS.....	56
6.4.1 COLETA DOS DADOS.....	56
6.5 FASE DA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS.....	58
6.5.1 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	58
6.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	62
7.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	62
7.2 CARACTERIZANDO A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS NA UTI NEONATAL.....	62
7.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UTI NEONATAL: PERCEPÇÕES OU COMPREENSÕES DOS PROFISSIONAIS.....	77
7.4 A REPRESENTATIVIDADE DA COMUNICAÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	87
8 A CONSTRUÇÃO DA CONVERGÊNCIA: FASE DE TRASFERÊNCIA.....	106
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES.....	131

APÊNDICE A: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	132
APÊNDICE B: CARTA CONVITE AO PARTICIPANTE.....	133
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE D: ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA.....	136
APÊNDICE E: ROTEIRO E MODELO DE ANOTAÇÃO EM DIÁRIO DE CAMPO.....	137
ANEXOS	138
ANEXO 1: ARTIGO DE REVISÃO PUBLICADO NA REVISTA CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE UEM.....	139
ANEXO 2: EXEMPLIFICAÇÃO E ESQUEMATIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DA FASE DE SÍNTESE DE DADOS.	154
ANEXO 3 : PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA DISCUTIDO COM A EQUIPE E PROPOSTO À CHEFIA E INSTITUIÇÃO.....	161
ANEXO 4: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO MÉTODO SBAR DISCUTIDO COM A EQUIPE E PROPOSTO À CHEFIA E INSTITUIÇÃO.....	164
ANEXO 5: CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA ADAPTADO PARA PACIENTE NEONATO DISCUTIDO COM A EQUIPE E PROPOSTO À CHEFIA E INSTITUIÇÃO.....	167
ANEXO 6: CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA EM VIGÊNCIA NA INSTITUIÇÃO	169
ANEXO 7: CARTA DE ANUÊNCIA ASSINADA PELA INSTITUIÇÃO.....	170

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos grandes desafios da assistência à saúde no século XXI. Almejando um cuidado seguro a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que possam servir de recurso para a promoção da segurança na execução do cuidado ao paciente (OMS, 2009). Estas comissões evidenciaram, então, a importância da comunicação e do trabalho da equipe como um dos elementos decisivos para a qualidade e a segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (SANTOS *et al.*, 2010).

Para uma melhor compreensão da temática a ser abordada, no que tange o conceito de segurança do paciente, será utilizada a definição da OMS, adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013, que a descreve como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013a). Já comunicação será compreendida, como uma maneira de interação social, que inclui a capacidade de partilhar ou discutir ideias e informações, ou de dialogar, visando o bom entendimento entre pessoas (QUITÉRIO *et al.*, 2016). Ademais, é um processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens e, de acordo com o modo que este se dá, há influências no comportamento das pessoas envolvidas. Para isso existem diversas formas de comunicação que podem ser adotadas, tais como: a comunicação verbal, por meio da linguagem escrita e falada, e a não verbal, por manifestações de gestos e de comportamento não expressas por palavras (BARBOSA *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar que mesmo antes do movimento global de ações positivas para a segurança do paciente, autores como Hipócrates e Florence Nightingale já articulavam sobre a necessidade de não causar agravos aos pacientes no desempenho das ações em saúde (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Porém, os esforços voltados ao alcance de um cuidado seguro e de qualidade tiveram maior notoriedade com uma publicação do *Institute of Medicine* (1999) dos Estados Unidos da América, que evidenciou a amplitude da temática, trazendo dados sobre a mortalidade decorrente de erros assistenciais¹ e eventos adversos² evitáveis durante

as hospitalizações, documento este intitulado “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

No Brasil, a segurança do paciente está regulada pela Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que propõe medidas para reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a). No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, estabelecendo ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde, além disso previu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), bem como a notificação de eventos adversos associados à assistência (BRASIL, 2013b).

O Brasil também é membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e a iniciativa brasileira aponta a preocupação do Estado em promover tal segurança (BRASIL, 2014). Consequentemente, a temática consolida-se em um arcabouço de normas, regras e iniciativas, as quais direcionam a saúde brasileira à busca da prevenção e da promoção à segurança do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

A importância do tema e seus reflexos podem ser vistos em todos os cenários da assistência em saúde, pois o erro, intencional ou não, pode estar presente durante todo o processo de cuidado. Porém no ambiente hospitalar, a situação pode ser ainda mais crítica, pois os riscos de ocorrência de incidentes aumentam devido ao número e à complexidade de procedimentos, além de fatores que envolve capacitação e correto dimensionamento dos profissionais, da condição clínica do paciente e da polimedicação (VALLE, 2015).

¹ Erro assistencial: ato em geral não intencional ou omissão (LEAPPE, 2009).

² Evento adverso: lesão adquirida durante o tratamento que não foi determinada pelas condições clínicas de base do paciente. Um evento adverso não significa erro, negligência ou baixa qualidade. Significa apenas um resultado assistencial indesejado relacionado à terapêutica ou diagnóstico. Um evento adverso atribuível a um erro é um evento adverso evitável (REASON, 2000).

Em algumas unidades específicas, tais como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), apresentam circunstâncias distintas, as quais oferecem riscos aos neonatos, estes incidentes de segurança, com ou sem danos, podem ocorrer independentemente da intenção dos profissionais (OMS, 2009). Os neonatos são mais suscetíveis à ocorrência de erros pelas suas particularidades e vulnerabilidades, uma vez que além de estarem em desenvolvimento dos sistemas orgânicos, na maioria das vezes, são acometidos por doenças graves, e necessitam de cuidados mais complexos, com procedimentos invasivos e uma maior manipulação (TOMAZONI *et al.*, 2014).

Esses eventos adversos da assistência são corroborados pelos dados do documento intitulado Relatório dos Estados, exposto pela Agência Nacional de Segurança Sanitária (BRASIL, 2019), o qual destaca que dentre os incidentes ocorridos em unidades hospitalares, a maioria ocorreu nos setores de internação e nas unidades de terapia intensiva, seja ela adulto, pediátrico ou neonatal, totalizando 28,86% das notificações no país entre os anos de 2014 e 2018. Ainda conforme o órgão supracitado, as iatrogenias³ notificadas da população neonatal contabilizam 3,53% dos 255562 casos notificados (BRASIL, 2019).

A UTIN é um setor complexo, que possui suas especificidades, em virtude das condições dos pacientes internados, diferenciando-se dos demais por ser fechado, estressante, com presença de aparato tecnológico complexo e com a atuação ininterrupta de profissionais de diversas áreas da saúde. Acrescenta-se a isso, o uso de uma abordagem diagnóstica e terapêutica quase sempre invasiva; a pequena margem entre as respostas favoráveis e possíveis reações adversas ao tratamento instituído; pouca ou nenhuma reação devido à imaturidade dos organismos dos recém-nascidos, bem como a grande vulnerabilidade, especialmente dos mais fisiologicamente imaturos (MARQUES; MELO, 2011).

Os tipos de incidentes que ocorrem nas UTIN, com ou sem lesão no paciente, estão relacionados a erros ou falhas no uso medicamentoso, infecções associadas: a) ao cuidado em saúde - lavagem de mãos, rotinas de boas práticas de diluição, manutenção, identificação e administração de medicamentos, etc; b) lesões cutâneas - por pressão, causadas por manejo inadequado da pele do neonato, etc; c) ventilação mecânica - hiperoxigenação, extubações acidentais, tempo prolongado

³ O termo iatrogenia vem do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no paciente pela má prática médica (PEREIRA *et al.*, 2000).

de oxigenoterapia, entre outros; d) cateteres intravasculares - flebites, extravasamentos, extrusões de cateteres centrais, infecções por manejo inadequado de cateter, por exemplo. Consequentemente, as causas dos incidentes e eventos adversos nas UTIN estão associadas a fatores humanos, e os desfechos que causam mais danos são provenientes de infecções associadas ao cuidado em saúde (LANZILLOTTI *et al.*, 2015).

Devido às particularidades da clientela e pelo fato da UTIN envolver diversas ações de alta complexidade, a exposição aos riscos de eventos adversos é maior se comparada a outros setores do hospital (TOMAZONI *et al.*, 2014). Este ambiente, então, requer do profissional, a capacidade de articular o cuidado junto aos membros da equipe multiprofissional, uma vez que o trabalho interdisciplinar traz a complexidade da interação e integração da equipe, com o propósito único de promover o cuidado (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Nesse contexto é necessário que o processo de trabalho seja estabelecido de forma harmoniosa, em que os objetivos são traçados a fim de almejar as mesmas metas organizacionais, com práticas assistenciais e gerenciais melhor articuladas para garantir a satisfação no atendimento do paciente (BERGAMIM; PRADO, 2013). Para tanto, é imprescindível a comunicação efetiva, por meio de espaços permanentes para o diálogo entre a equipe assistencial, assim como a manutenção de outros canais de difusão de informações como registros adequados, protocolos institucionais, *check-lists*, entre outros (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é destacar a comunicação como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, bem como adequar o ambiente de trabalho, de forma a padronizar condutas e procedimentos, a fim de prover uma assistência livre de danos (ZLATNIK, 2013; SILVA, 2013). Destarte, diferentes estudos mostram que falhas no processo de trabalho e na comunicação interprofissional de saúde estão entre os principais fatores que levam a erros, eventos adversos e, assim, a diminuição da qualidade nos cuidados prestados e o aumento nos agravos à saúde do paciente (DANIELS; AUGUST, 2013). Sendo assim, o modo como acontece a comunicação entre os profissionais é considerada como fundamental para um cuidado de saúde seguro (ZLATNIK, 2013). Por conseguinte, essa pode ser considerada o elo de interação que fortalece o vínculo entre os profissionais, que compõe a equipe

multidisciplinar, refletindo na assistência ao cliente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

No cenário brasileiro, esforços voltados à melhoria na qualidade do processo comunicativo, por meio de uma comunicação efetiva, como meta de segurança do paciente foi difundida após publicação da Portaria 529/2013 (MARQUES; LIEBER, 2014). Neste sentido, alguns fatores tem sido considerados determinantes para o processo de comunicação interprofissional na assistência à saúde, são eles: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional, sendo esta última referente à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar, com precisão, os problemas (JOHNSON; KIMSEY, 2012).

Nessa conjuntura, os eventos adversos decorrentes da falha de comunicação estão, por sua vez, relacionados a prescrições ou ordens verbais, informações sobre exames, dispensação e preparo de medicamentos, dentre outros que podem gerar danos graves à saúde (BRASIL, 2013c). Consequentemente, é possível concluir que esse tipo de falha está presente na assistência à saúde, sendo decorrente, em parte, dos comportamentos da equipe que, quando inadequados, podem provocar danos à segurança do paciente, além de refletir negativamente na qualidade do cuidado prestado.

Exemplificando, pontualmente, Silva (2013) em seu trabalho sobre erros de medicação na UTIN de uma Maternidade no Rio de Janeiro com 56 profissionais, classificou os erros encontrados relacionados à dosagem, ao rótulo, à via de administração e ao paciente. Destacou-se o predomínio dos erros relacionados a administração de medicamentos no paciente errado (28,2%) e à dose do medicamento errada (17%), o que mostra e explicita a falha no processo de comunicação escrito (prescrições, identificações de medicamentos e rótulos, identificação de pacientes, etc).

Cabe destacar que a preocupação com a utilização correta de recursos tecnológicos ou aprimoramento de técnicas por si só não devem ser o único norte a ser seguido pelos profissionais de saúde, devendo estar atentos às habilidades e competências para realizar uma comunicação eficaz na execução do cuidado enquanto equipe (SILVA *et al.*, 2016). Considera-se que um dos propósitos para o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente é o trabalho em equipe e para

isso é necessário que profissionais de saúde incorporem e aprimorem a ideia da responsabilidade coletiva e compartilhada (WEGNEER *et al.*, 2016).

Além disso, os profissionais de saúde necessitam participar ativamente na construção de organizações seguras e de qualidade, onde se prezem por características individuais dos profissionais, tais como dedicação, comprometimento e consciência no trabalho, visando a boas práticas em saúde, são fundamentais para o alicerce da segurança do paciente, inclusive, na compreensão do processo de comunicação, em todas suas vertentes, ou seja, falada e escrita, verbal e não verbal, no cotidiano das práticas assistenciais (CALDANA *et al.*, 2015).

Diante do exposto, este estudo foi alicerçado nos mais de três anos de experiência com atividades assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Escola. Onde, ao longo dos anos, foi possível refletir sobre o cuidado seguro ao neonato, bem como sobre as vivências de eventos adversos da assistência. Sendo então possível conjecturar, junto da equipe multiprofissional, a partir de um ambiente de convivência, entre profissionais de diversas formações, e de discussões em consecutivas reuniões da Unidade de Produção, isto é, unidade criada para articular melhorias na assistência, ainda que empiricamente, que a segurança do paciente tem como um de seus principais pilares a comunicação.

Diante da inquietação acerca da temática, e com a finalidade de articular um processo de comunicação mais efetivo com a equipe de trabalho da UTIN, para melhorar o cuidado prestado, iniciou-se o processo de busca por respostas aos inúmeros questionamentos formulados, a partir da análise da assistência ao neonato e dos indicadores de qualidade da assistência acompanhados pela equipe. Foi possível perceber que no que concerne a produção do conhecimento sobre o tema, principalmente no que tange à enfermagem, essa está voltada para a prática baseada em evidências. Porém, ainda é preciso conhecer as percepções e os sentimentos diante da repercussão mundial do tema, sendo emergente a necessidade de realização de investigações mais aprofundadas, a fim de conjecturar novos caminhos na busca da segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2017).

Para conhecer o estado da arte, realizou-se uma busca nas bases de dados com a finalidade de conhecer a produção científica mundial acerca do tema “Comunicação e Segurança do Paciente Neonato internado em Unidades de Terapia Intensiva”. Foi realizada, então, pesquisa nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem

(BDEnf), Publicações Médicas (PubMed), biblioteca virtual: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, com o limite de tempo de 2008 à 2018. Para tal foram utilizados os seguintes descritores: *Patient Safety*, *Intensive care units*, *neonatal*, e *Communication*, além do operador booleano AND. Na base de dados PubMed.

Os critérios seguidos para a inclusão dos estudos, foram: estudos em inglês, português e espanhol publicados dos anos 2008 à 2018, que atendessem ao objetivo da pesquisa. Foram excluídos os resumos de comunicação em congressos, notícias, cartas ao editor e estudos duplicados, para a realização deste processo foi utilizado o software Endnote®.

Foram encontrados 139 estudos, dos quais foram selecionados 10, que responderam ao objetivo da busca; na BDe nf, dois artigos, porém apenas um deles foi selecionado, por apresentar aderência à temática; na SciELO obteve-se como resultado um artigo, que atendeu à busca. No LILACS, sete estudos, dos quais nenhum atendeu ao critério de seleção, e por fim, o Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES apresentou 73 estudos, porém somente dois deles abordavam sobre o tema. Totalizando três em estudos que foram lidos e analisados.

Observou-se, que a produção científica no que tange a comunicação e a segurança do paciente neonatal, encontra-se em uma forma embrionária, confirmando a lacuna existente neste cenário. Os estudos revelaram a preocupação com a comunicação enquanto ferramenta para o desenvolvimento do trabalho em equipe, bem como sua representatividade para a cultura de segurança, sendo as falhas decorrentes desta, refletidas diretamente na sobrevida dos pacientes neonatos (GONÇALVES, 2012; FAVA, 2016; SCHILLING, 2017).

Evidencia-se que, mesmo com esforços nacionais e internacionais para a criação de estratégias e políticas de saúde, na busca pela qualidade da assistência, de forma a executar e promover a segurança ao paciente, ainda encontra-se um cenário de lenta implantação da cultura de segurança. Destaca-se aqui, como fator retardador dessa, o foco punitivo dado à iatrogenia em detrimento de uma conduta educativa, que faça o profissional compreender a importância das boas práticas, da comunicação e a articulação do trabalho em equipe, em prol de um cuidado seguro (FAVA, 2016; GONÇALVES, 2012; SCHILLING, 2017).

Frente à escassez de estudos referentes à temática, acredita-se ser imprescindível a realização de investigações que abordem a Comunicação e a

Segurança do Paciente Internado em UTIN, de forma a conhecer, em um plano mais profundo, as percepções da equipe de saúde frente a este desafio. Isso com vistas a contribuir na compreensão da importância da comunicação no trabalho em equipe como forma de melhorar a assistência prestada a esse público, bem como reduzir os eventos adversos decorrentes de um processo de trabalho mal estruturado.

Portanto, o estudo justifica-se tendo em vista a evidente importância da comunicação no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados ao paciente. Considerando que, mesmo com a crescente notoriedade da temática, a produção acerca dela ainda é incipiente ao se tratar da saúde do neonato aqui, em específico, aquele internado em unidade de terapia intensiva.

Então, com base no descrito, a questão que sustentou esta pesquisa foi: qual a percepção dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional para segurança do paciente?

Já a questão que subsidiou a prática foi: como a estrutura do processo de comunicação interprofissional promove a segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal?

2 PRESSUPOSTOS

Com base na literatura consultada e na experiência profissional da autora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, partiu-se então, dos seguintes pressupostos:

- 1) os profissionais conseguem identificar as falhas nos sistemas de comunicação e inter-relacioná-las à segurança do paciente;
- 2) os integrantes da equipe multiprofissional conseguem perceber a importância da execução de programas de capacitação para aprimoramento de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do paciente, como forma de qualificar a assistência;
- 3) A assistência em saúde é reflexo da cultura organizacional, devendo esta estar firmada em objetivos e estratégias para uma comunicação eficaz, a fim de garantir a primazia da segurança do paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

3.1.1 Objetivo Geral de Pesquisa

Conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada à segurança do paciente.

3.1.2 Objetivo Geral de Prática Assistencial

Aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na unidade de terapia intensiva neonatal.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Objetivos Específicos de Pesquisa

Conhecer as formas de comunicação interprofissional utilizadas na UTI neonatal;

Identificar como o profissional percebe a influência da comunicação na segurança do paciente;

Descrever as facilidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no processo de comunicação para a segurança do paciente.

3.2.2 Objetivo Específico de Prática Assistencial

Propiciar a construção de estratégias capazes de facilitar o processo de comunicação interprofissional na UTI neonatal a fim de aprimorar a segurança do paciente.

4 MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo reúnem-se subsídios com a finalidade de amparar a interpretação das informações e a sustentação da questão de pesquisa, respectivos pressupostos e objetivos deste estudo, além de obter uma melhor compreensão sobre o fenômeno a ser estudado. Serão conceituados: segurança do paciente e seu contexto histórico; o Modelo do Queijo Suíço; a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas especificidades; a comunicação e sua importância para a segurança do paciente neonato; e a segurança do paciente neonato internado em unidade de terapia intensiva.

4.1 Segurança do Paciente

Neste tópico serão explorados os pilares da segurança do paciente, inicialmente pontuando marcos históricos, conceituando a teoria a ser utilizada para alicerçar o raciocínio da pesquisadora e, por fim, expondo as especificidades da temática na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

4.1.1 Conhecendo um pouco da História da segurança do paciente

Hipócrates, há mais de dois mil anos, escreveu a célebre frase, in verbis: “*Primum non nocere*”, que significa: “primeiro não causar dano”, demonstrando a sensibilidade de compreender que os contextos assistenciais são passíveis de equívocos e que, por esse motivo, é fundamental ter como principal objetivo a segurança do paciente, zelando por sua vida (WACHTER, 2013).

A precursora da enfermagem, Florence Nightingale, já em 1863, considerava a temática segurança do paciente enquanto observava as condições precárias em que os soldados se encontravam, ela priorizou a segurança como fator fundamental para uma boa qualidade nos cuidados prestados (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 1911 os estudos do cirurgião Ernest Codman, que almejava uma assistência de qualidade, através do acompanhamento de casos de pacientes, os quais incluíam falhas ocorridas no tratamento, sendo estas modificadas para uma futura assistência com êxito, trouxeram o esboço dos esforços pela segurança do paciente.

Apesar de Hipócrates, Florence, Codman já terem buscado zelar pela segurança do paciente, apenas após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), em 1918, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que surgiu o primeiro trabalho: *Diseases of Medical Progress* (Doenças do Progresso Médico). Este trabalho mostrou a prevalência e a evitabilidade de doenças iatrogênicas/iatrogenias⁴ tidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial, ou seja, que não foi uma consequência natural da doença do paciente (WACHTER, 2013).

Nos Estados Unidos da América, em 1960 foi instituída a prática de verificação do “5 certos”⁵. Hoje este checklist conta com 9 certos⁶ a serem conferidos antes da administração medicamentosa . Por sua vez, essas medidas tiveram como premissa promover barreiras que atuassem nas diversas etapas do processo de assistência (PANCIERE *et al.*, 2013).

No ano de 1999 foi realizado um estudo pelo Institute of Medicine (IOM) nominado *To Err is Human* (Errar é humano), no qual, a questão segurança do paciente ganhou notoriedade global. Essa pesquisa apontava a incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Como resultado, o relatório apontou que

⁴ Iatropatogênese- é definida como a doença causada ao paciente por um certo método estudo ou tratamento, originados por fatores específicos do mesmo, ou seja que obedecem a constituição particular de um indivíduo (hábito constitucional, idiossincrasia, predisposição, sensibilidade, modo particular de reagir, intolerância) ou qualquer outra causa (idiopática), que de nenhuma maneira poderia ser conhecida pelo médico, mesmo após investigação clínica e laboratorial cuidadosa. Com a reação específica deste paciente, pode haver o desencadeamento de complicações ou patologias, e até mesmo a morte (KVITKO,2004).

⁵ Para garantir a segurança na administração de medicamentos, os cinco certos devem ser observados, são eles: medicamento certo, paciente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo (MIASSO; CASSANI, 2000).

⁶ Atualmente pontuam-se os 9 certos, são eles: Paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma certa, resposta certa (MALCOM; YISI, 2010).

cerca de 100 mil pessoas morriam em hospitais a cada ano, vítimas de Eventos Adversos no país (TRAVASSOS, 2013).

A partir desta publicação a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de políticas de seus países membros a partir do ano 2000 (OMS, 2009). Um ano mais tarde, o Institute of Medicine (IOM) estabeleceu a elaboração de um plano mandatório de notificação de eventos adversos, através da publicação do relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade”, com um foco mais amplo no sistema de saúde (BRASIL, 2013 c).

Ainda conforme Brasil (2013c), a instituição definiu seis domínios para caracterizar o desempenho do sistema de saúde dentre as quais: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade. Desde então, muitos países vêm elaborando políticas de saúde, entre eles o Brasil, no sentido de ordenar a assistência prestada ao paciente.

Já como edificação voltada para a segurança do paciente, destaca-se o Projeto “Hospitais Sentinela” criado em 2001, no Brasil, para ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013c). Posteriormente, ainda em dimensão mundial, em maio de 2002 a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente” a fim de nortear ações, e promover maior conhecimento sobre o problema (BRASIL, 2013c).

Para isso, a comunidade científica foi mobilizada a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência e na atenção à saúde para minimizar falhas e promover a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013c). Foi a partir desta publicação que diversos estudos reforçaram, com dados, a associação do risco com a assistência à saúde, de forma que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (SILVA, 2012).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente trata-se de um grupo de trabalho, formado por diversos países de todos os continentes, que possui como elemento central do trabalho a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente a cada dois anos, com o objetivo de fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área identificada como de risco (OMS, 2010). Essa tem como objetivo mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os pacientes em todos os países membros

da OMS, estabelecendo uma ambiciosa agenda de segurança do paciente (OMS, 2009).

Após divulgação em 2005, durante Aliança Mundial, do primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, centrado na prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência de Enfermagem, tornou-se imperativo, através da RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, a obrigatoriedade da disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do Brasil (MONTSERAT-CAPELLA *et al.*, 2013).

Com o mesmo propósito da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a *Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado à segurança do paciente, a qual propôs seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que têm como propósito de promover melhorias específicas em áreas problemáticas. Estas metas incluem: 1) identificar os pacientes corretamente; 2) melhorar a comunicação efetiva; 3) melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; 4) assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6) reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (JCAHO, 2008).

No ano de 2006, em Belo Horizonte, aconteceu o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação. Esse Fórum foi primordial para a gênese, no ano de 2009, do Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamento uma organização não governamental, independente e sem fins lucrativos, pioneira na condução de iniciativas para promover a segurança no uso de medicamentos no Brasil. Desde a sua criação, o instituto tem lançado eventos nacionais e internacionais acerca da matéria (COREN/SP, 2011).

No ano de 2007 a World Health Organization's Collaborating Center for Patient Safety lançou o programa "Nine Patient Safety Solutions" (Nove soluções de segurança do paciente), objetivando reduzir os erros nos sistemas de saúde, redesenhando o processo de cuidar, para prevenir agravos humanos evitáveis (OMS, 2009). Constata-se ainda, a participação de órgãos acreditadores de serviços de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial, nas últimas décadas, tiveram força os Programas de Acreditação Hospitalar. Esses programas consistem em sistema de avaliação externa que verifica a concordância da estrutura e dos

processos assistenciais adotados com o conjunto de padrões previamente estabelecidos (BRASIL, 2013c).

No período entre 2007 e 2008 teve-se como marco o desafio de promover a segurança dos pacientes cirúrgicos. O tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” apresenta o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas. A estratégia consistiu em definir um conjunto básico de normas de segurança dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, à segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes e à mensuração dos indicadores cirúrgicos (OMS, 2010).

Entre 2008 e 2009, um dos pontos centrais estabelecidos pela agenda do programa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com participação da OMS, foi a inclusão do paciente em sugestões para sua própria segurança. Então, criou-se o Programa Pacientes para Segurança do Paciente, com o principal intuito de tornar o paciente mais ativo na sua convalescença, contribuindo com informações importantes para sua segurança e, assim, melhorar a qualidade dos serviços prestados por profissionais da assistência, programa instituído pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde do Brasil (PANCIERE *et al.*, 2013).

Em 2009, dando seguimento ao panorama brasileiro sobre a temática, ANVISA sob a portaria nº 1660 de 22 de julho/2009, instituiu o sistema de notificação e investigação em vigilância sanitária no âmbito do SUS, com a finalidade de promover a identificação precoce para minimizar riscos relacionados a produtos sob vigilância sanitária. A fundação Oswaldo Cruz, no mesmo ano, lançou o portal Proqualis, com o objetivo de disseminar conhecimento nas áreas de informação clínica e de segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Em 1º de abril de 2013 foi instituído pela Portaria nº 529 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para implementação do programa: suporte à aplicação de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de incidentes, elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação (BRASIL, 2013a).

No mesmo ano a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, estabelecendo ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade em serviços de

saúde, além de prever a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), bem como a notificação de eventos adversos associados à assistência (BRASIL, 2013b).

4.1.2 O modelo do Queijo Suíço

Com a finalidade de compreender a perspectiva de ocorrência do erro, James Reason, realizou inúmeras observações de acidentes e propôs o Modelo do Queijo Suíço de acidentes organizacionais (Figura 01), sendo este um dos modelos mais difundidos, e responsável pela mudança de visão do modo de manejar o evento, considerado um modelo para segurança sistêmica.

Nele o erro ativo (na ponta) é considerado como resultante de uma sequência alinhada de outros erros latentes (no processo), aqui caracterizados pelos orifícios das fatias do queijo suíço, destaca ainda que um erro em uma única ponta, raramente, é o suficiente para causar o dano (REASON, 2000).

Sendo este, então, um modelo simples, mas poderoso, para mostrar como os erros podem atingir os pacientes e prejudicá-los, apesar das salvaguardas e barreiras existentes. De acordo com Reason (2000), como uma fatia de queijo suíço, todas as proteções em uma organização de saúde contêm “buracos” ou defeitos. Se um sistema tiver muitos defeitos, as chances são maiores de que um erro possa atingir o paciente causando um evento adverso evitável (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2013).

Cabe ainda destacar o conceito de erro ativo, como aquele que ocorre a nível do operador de linha de frente, com efeitos imediatos. Por sua vez, o erro latente é aquele enraizado dentro do sistema e está relacionado à influências organizacionais, supervisão insegura e pré-condições para atos inseguros, isto é, qualidade inadequada de materiais e de estrutura organizacional, bem como de dimensionamento e capacitação dos profissionais atuantes (REASON, 2000; REASON, 2009; WACHTER, 2013).

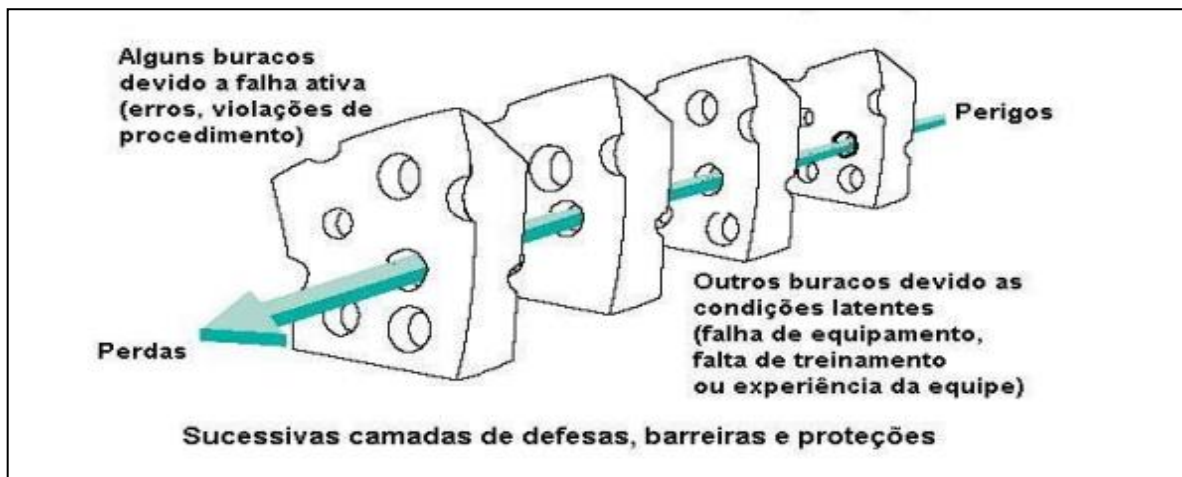


Figura 1- Modelo de causa de acidente - Queijo Suíço.
Fonte: REASON,1990.

Nessa perspectiva, o evento pode ser compreendido sob dois referenciais, seja a partir da pessoa ou do sistema, cada qual com sua particularidade e direcionamento próprio de gerenciamento. A abordagem pessoal é conceituada como a adoção de ações não seguras pelos profissionais, ou seja, o cuidado sem segurança, que podem ser gerados por fatores pessoais (cansaço, frustração, desatenção, etc.) e aqueles relacionados a conduta profissional (imperícia, negligência e imprudência). Nessa última condição, fatores punitivos e disciplinares podem ser necessário para corrigir e controlar a situação (REASON, 2000).

Já na abordagem sistêmica o ser humano é visto como passível de cometer erros e, assim, eventos podem acontecer, uma vez que estes dependem de um alinhamento de fatores sistêmicos e não individuais. Esses referem-se à carga de trabalho excessiva e estressante, falta de manutenção preventiva de equipamentos, ausência de protocolos, etc. Para isso as medidas de controle não objetivam mudar o fator humano, mas as rotinas institucionais. Uma vez que para corrigir um erro é importante saber como e porque o sistema falhou, não o profissional responsável pelo mesmo (REASON, 2000).

Em suma, as causas de erros humanos são: não adaptação à cultura da segurança do paciente; comportamento / atitude / comunicação desfavoráveis entre funcionários; incompetência e/ou desempenho inadequado de prática; Pontos críticos faltantes da história do paciente ou do curso da doença; diagnóstico perdido ou atrasado; Não existência e/ou aplicação adequada dos protocolos de Atendimento Baseado em Evidências (para alcançar a padronização do cuidado);

não implementação de decisões médicas; Falta de treinamento em ciência de segurança do paciente; Práticas operacionais fracas; fragilidade na embalagem, design e uso de drogas e equipamento (CHATZIOANNIDIS; MITSIAKOS; VOUZAS, 2017).

Nas UTINs, em comparação às unidades de internação de adultos em um hospital, os erros ocorrem oito vezes mais, aumentando a chance de causar danos graves. Especificamente, erros de medicação levam a danos em um intervalo de 4-27%. Os erros de medicação são os mais comuns e são devidos ao uso de medicamentos (aproximadamente 50%), identificação incorreta do paciente, diagnóstico e administração errados ou atrasados ou método usado para tratamento (CHATZIOANNIDIS; MITSIAKOS; VOUZAS, 2017). Então são necessárias as barreiras de proteção ao paciente, caracterizadas como as capacitações, a comunicação efetiva, o uso de protocolos e de checklists, a adoção de boas práticas, a prescrição e a administração correta de medicações, entre outros (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

Culturalmente o erro é, por muitas vezes, atribuído ao mau profissional, ao fator indivíduo executor, sem considerar o sistema de atendimento e a complexidade da tomada de decisão (PEDREIRA; HARADA, 2009). Sendo assim o erro deve ser analisado criticamente, a fim de identificar as fragilidades a serem trabalhadas de forma a fortalecer o sistema e promover sua segurança (REASON, 2000). Consequentemente, os eventos adversos da assistência não devem ser vistos com foco individual, mas sim como falha do sistema (LEAPPE, 2009).

O erro não deve ser atribuído somente à ação de indivíduos, ele deve ser avaliado levando em conta o nexos causal em ambientes complexos, como o cuidado de saúde que é, predominantemente, multifatorial (ARMITAGE, 2009). Se torna necessária, então, a mudança da cultura punitiva para uma cultura preventiva, aprimorando fatores como a comunicação a fim de detectar e gerenciar a ocorrência de eventos, trabalhar as lacunas existentes e promover uma assistência segura (REASON, 2009).

Reconhecer que os seres humanos erram e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros, os previnam ou os captem antes que causem danos, tem sido a abordagem considerada como pilar para a segurança do paciente (WACHTER, 2013). Por outro lado, para que se atinja uma abordagem sistêmica é necessário que se promova uma cultura organizacional voltada ao

paciente e à assistência segura, em que todos os profissionais entendam que erros são intrínsecos ao processo de cognição humana e, também, que as mudanças advêm tanto dos acertos quanto dos erros (PEDREIRA; HARADA, 2006).

Portanto, a diretriz primordial para a prevenção do erro na saúde é admitir que este é provável e está presente na execução da assistência, e com a finalidade de minimizá-los é necessário que os profissionais, ao entender a projeção do erro à saúde do paciente, trabalhem de forma a buscar sua primazia tendo como arcabouço todos os meios já disponíveis, como as estratégias, diretrizes e resoluções já traçadas com base no seu processo histórico-cultural, de forma a executar o cuidado com um olhar integral e humano ao paciente.

4.2 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas Especificidades

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 930/2012, define como Unidade Neonatal o serviço responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Sendo este dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012a).

As Unidades Neonatais são divididas, conforme a complexidade e necessidade de cuidados, em: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012a).

Ainda conforme a mesma portaria, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser caracterizada como o serviço hospitalar voltado para a assistência do neonato grave ou com risco de morte (BRASIL, 2012a). São assim considerados, conforme a Portaria nº 3.389 do Ministério da saúde do ano de 2013: aqueles que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); os menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; os que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; os que necessitem de nutrição parenteral; e que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas

vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, exsanguíneo transfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação (BRASIL, 2013d).

Destacam-se inúmeras peculiaridades relacionadas à assistência ao neonato sob cuidados intensivos, tais como: o uso de uma abordagem diagnóstica e terapêutica em sua maior parte invasiva e agressiva; a frequente introdução de inovações tecnológicas; o estreito limiar entre as respostas favoráveis e possíveis reações adversas à terapia implementada; a imaturidade de vários sistemas orgânicos o que pode limitar as respostas fisiológicas (KAMADA; ROCHA, 2006). Com isso, o cenário requer a utilização de modelos tecno-assistenciais discutidos e elaborados pelos profissionais envolvidos, além do envolvimento de uma equipe interdisciplinar qualificada para uma assistência de forma articulada e que sustente uma linha de cuidados progressivos, que possibilitem a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido (BRASIL, 2012a).

A UTIN pode ser classificada em duas categorias, tipo II e tipo III, conforme critérios e estrutura mínima a serem obedecidos pelas instituições de saúde descritos nos artigos 13 e 14 da portaria 930/2012 (BRASIL, 2012a), conforme figura adaptada abaixo.

Portaria nº 930/2012 - Critérios e estrutura mínima para classificação UTIN		
TIPO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	II	III
Estrutura e Funcionamento		
Cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	X	X
Possui no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos	X	X
Centro cirúrgico	X	X
Serviço radiológico convencional	X	X
Serviço de ecodopplercardiografia	X	X
Hemogasômetro 24 horas	X	X
Banco de Leite Humano ou unidade de coleta	X	X
Contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	X	X
Materiais e Equipamentos		
Material e equipamento para reanimação: um para cada 5 leitos	X	X
Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: um para cada leito	X	X
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado: um para cada dois leitos, com reserva operacional de um equipamento para cada 5 leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, dois circuitos completos	X	X
Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: um para cada 10 leitos ou fração	X	X
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 equipamentos por leito, com reserva operacional de um para cada 3 leitos	X	X

Conjunto de nebulização, em máscara: um para cada leito	X	X
Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório:um conjunto para cada leito, com reserva operacional de um para cada dois leitos	X	X
Bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral	X	X
Eletrócardiógrafo portátil disponível na unidade	X	X
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva	X	X
Oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo dois	X	X
Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: um por UTIN	X	X
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: um para cada 5 leitos ou fração	X	X
Estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade	X	X
Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito	X	X
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: um para cada 5 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva	X	X
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar nãoinvasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4	X	X
Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: um para cada 3 leitos/fração, com reserva operacional de um para cada 5 leitos	X	X
Incubadora com parede dupla: um por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% dos leitos	X	X
Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: uma para cada 10 leitos ou fração	X	X
Balança eletrônica portátil: uma para cada 10 leitos	X	X
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: uma para cada 4 leitos ou fração	X	X
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: um por UTIN	X	X
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado	X	X
Serviços próprios ou terceirizados		
Assistência nutricional	X	X
Terapia nutricional (enteral e parenteral)	X	X
Assistência farmacêutica	X	X
Assistência clínica vascular e cardiovascular	X	X
Assistência clínica neurológica	X	X
Assistência clínica ortopédica	X	X
Assistência clínica urológica	X	X
Assistência clínica gastroenterológica	X	X
Assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva	X	X
Assistência clínica hematológica	X	X
Assistência clínica hemoterápica	X	X
Assistência clínica oftalmológica	X	X
Assistência clínica otorrinolaringológica	X	X
Assistência clínica de infectologia	X	X
Assistência clínica cirúrgica pediátrica	X	X
Assistência psicológica	X	X
Assistência endocrinológica	X	X
Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria	X	X

Serviço de radiografia móvel	X	X
Serviço de ultrassonografia portátil	X	X
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa	X	X
Serviço de fibrobroncoscopia	X	X
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica	X	X
Serviço de eletroencefalografia	X	X
Serviço de assistência social	X	X
Acesso no próprio estabelecimento ou outro com acesso formalizado- serviços de diagnóstico e terapêutica		
Cirurgia cardiovascular	X	X
Cirurgia vascular	X	X
Cirurgia neurológica	X	X
Cirurgia ortopédica	X	X
Cirurgia urológica	X	X
Ressonância magnética	X	X
Tomografia computadorizada	X	X
Anatomia patológica	X	X
Agência transfusional 24 horas	X	X
Assistência clínica de genética	X	X
Equipe Mínima		
Um médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título correspondente	X	X
Um médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título correspondente	X	X
Um médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título correspondente	X	X
Um enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo dois anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal	X	X
Um enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração	X	X
Um fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração	X	X
Um fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, dois anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 horas	X	X
Técnicos de enfermagem, no mínimo, um para cada dois leitos em cada turno		
Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno	X	X
Um fonoaudiólogo disponível para a unidade	X	X
No mínimo 50% dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica		X
Enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 anos de experiência profissional comprovada de atuação na área		X
Um enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 leitos ou fração		X
Coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave		X
Bombas de infusão: 4 por leito ou fração		X
Ventilador mecânico microprocessado: um para cada leito		X

Figura 2 - Quadro ilustrativo da portaria nº 930/2012 - Critérios e estrutura mínima para classificação UTIN.

Fonte: Portaria nº 930/2012 adaptado pela autora (2019).

Com isso a UTIN, sendo uma atmosfera entremeada de interações tecnológicas que, por muitas vezes, se sobressaltam as profissionais e pessoais, pode trazer uma interpretação errônea de frieza e desvalorização do cuidado humanizado (SÁ NETO,

2009). Além disso, esse local traz consigo características de um ambiente de práticas profissionais complexas e específicas, elevada carga de trabalho e, com isso, de maior ocorrência eventos adversos da assistência, exigindo de seus trabalhadores maior qualificação profissional, a fim de oferecer uma conjuntura harmônica que compreenda a assistência ao paciente crítico de forma especializada, porém aliada às questões éticas e humanas do cuidado em neonatologia (SÁ NETO, 2009; PÉREZ *et al.*, 2014).

Infelizmente, 70% dos casos de mortalidade infantil são de recém-nascidos, estes ocorrem majoritariamente na primeira semana de vida. Em sua maioria, estas mortes, são consideradas evitáveis, já que poderiam ser prevenidas uma vez que são decorrentes da assistência direta à mãe e ao bebê. Em UTIN, a equipe multiprofissional deve zelar pela primazia do cuidado através da padronização de procedimentos, por meio da elaboração de rotinas e protocolos, a fim de assistir o neonato de forma resolutiva, minimizando erros, prevenindo sequelas e promovendo a alta em um menor tempo (SOUZA; FERREIRA, 2010).

No que tange o ambiente da UTIN, este deve abrigar a família e a criança, além de acomodar a equipe de profissionais, em um espaço terapêutico e seguro, de forma a evitar acidentes e infecções decorrentes de erros durante a execução da assistência, particularidade já prevista na Portaria 930/2012 (SOUZA; FERREIRA, 2010; BRASIL, 2012a). Este ambiente de recuperação, necessita proporcionar um cuidado humano, para isso uma série de critérios devem ser providenciados pela equipe, destacam-se os cuidados neuroprotetores e a assistência centrada na família (SOUZA; FERREIRA, 2010). Além disso, a promoção da comunicação efetiva, colaboração e cuidado entre os membros da equipe de saúde, a educação continuada (manutenção do conhecimento técnico-científico), o trabalho em equipe aliado às práticas humanísticas são pilares do cuidado em UTIN, conforme figura 03, (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009).



Figura 3 - Medidas centrais nos cuidados com o neurodesenvolvimento na UTIN-
Fonte: COUGHLIN; GIBBINS; HOATH (2009).

Com a finalidade de unificar o conhecimento técnico à prática da assistência humanizada, atualmente, conta-se com vários modelos conceituais que propõem um aperfeiçoamento técnico aliado ao cuidado individualizado que priorize os aspectos do neurodesenvolvimento do neonato a fim de qualificar seu prognóstico. Destaca-se o modelo intitulado de “universo dos cuidados com o desenvolvimento”, com um traçado de cuidado compartilhado entre equipe família e ambiente, priorizando a educação continuada e a percepção do paciente como organismo dinâmico em que os sistemas fisiológicos são influenciados pelo ciclo sono-vigília (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009). No Brasil, o “método canguru”, em que o contato pele a pele é realizado de forma precoce, entre mãe e neonato de baixo peso, é arquitetado juntamente com os conceitos do cuidado individualizado, aliando as boas práticas no cuidado ao neurodesenvolvimento e a educação continuada (BRASIL, 2000).

Com referência a planta física e aspectos estruturais da UTIN, no que tange a assistência humana com vistas a redução de danos ao paciente, padrões recomendados para o desenho destas unidades têm como objetivo individualizar o ambiente de cuidado e os serviços para cada RN e sua família, aqui se sobressaem

a iluminação e o controle de ruídos (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009; SOUZA; FERREIRA, 2010).

O bebê internado em uma unidade de cuidado intensivos neonatais está exposto a sons de intensidades diferentes e variáveis resultantes de um ambiente imerso em aparatos tecnológicos, além dos ruídos produzidos pela equipe e pelos visitantes, sob o risco de causarem danos ao desenvolvimento e recuperação do neonato (SOUZA, 2015). A luz intensa, por sua vez, pode ser desconfortável ou lesiva à retina em desenvolvimento, e todos os esforços devem ser feitos para prevenir luz direta sobre os olhos do bebê, cabendo a equipe proporcionar períodos variáveis e controlados de luminosidade, através do uso de mantas sobre a incubadora se for necessário, além de unir esforços para redução de ruídos (COUGHLIN; GIBBINS; HOATH, 2009).

Cabe ressaltar que o RN internado em UTI é submetido a inúmeros procedimentos desconfortáveis e dolorosos. A dor, por muitas vezes, acompanha as numerosas manipulações e terapias invasivas (SOUZA, 2015). Estas experiências dolorosas, principalmente neste período de desenvolvimento do sistema neurológico, podem acarretar consequências no nível de tolerância e percepção da dor na fase adulta, entre outras barreiras ao desenvolvimento saudável desta criança (TAMEZ; NASCIMENTO, 2013). Por outro lado, alguns conceitos equivocados, como o de que o RN não sente dor, ou o medo dos efeitos adversos das medicações analgésicas ainda dificultam o estabelecimento de práticas clínicas eficazes quanto à dor. Além disso, a utilização de sedativos mascara a resposta à dor, e eles não são analgésicos (OLIVEIRA, 2012).

Com isso, a avaliação da dor e sua consideração como o quinto sinal vital deve estar presente na execução do cuidado diário, a fim de realizar medidas apropriadas para controle da mesma quando necessário. Porém, o neonato não se comunica verbalmente, o que faz desta tarefa um desafio, sendo assim é necessário a utilização de instrumentos de qualificação e quantificação da dor (TAMEZ; NASCIMENTO, 2013).

Estes instrumentos devem ser adequados às diferentes idades gestacionais, fatores desencadeantes e intensidades, uma vez que a resposta é menos intensa quanto maior a imaturidade, maior o número de procedimentos dolorosos prévios ou quando os prematuros estão em estado de sono. São considerados como principais ferramentas para avaliação do processo doloroso: *Premature Infant Pain Profile*

(PIPP); Neonatal Facial Coding Scale (NFCS); Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); CRIES Score; Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS); Pain Assessment Tool (PAT); Scale for Use in Newborns (SUN); Neonatal Pain and Discomfort Scale (EDIN); e Bernese Pain Scale for Neonates (BPSN) (OLIVEIRA, 2012).

Para a prevenção e controle da dor é necessário um plano multidisciplinar voltado à prevenção do ciclo da dor, tendo em vista um cuidado individualizado a ser prestado por uma equipe capacitada, e munida de protocolos e procedimentos para controle da dor previamente estabelecidos e acordados entre seus membros. O manejo da dor pode ser dividido em intervenções não farmacológicas, isto é aquelas que tem por finalidade prevenir ou reduzir a intensidade do processo doloroso (redução de estímulo ambiental, contenção facilitada e enrolamento, posicionamento, método canguru, amamentação, sucção não nutritiva e a oferta de sacarose 24%); e as intervenções farmacológicas com o uso de analgésicos e sedativos (TAMEZ; NASCIMENTO, 2013).

Com o crescimento de novas tecnologias que favorecem a melhoria na assistência ao RN sob cuidados intensivos, atualmente é possível a sobrevivência de inúmeros bebês que décadas atrás eram considerados inviáveis. Porém, em reflexo a este movimento de mecanização da assistência o neonato passou a ser visto, por muitas vezes, como o objeto do cuidado e seus pais como meros expectadores. Sendo assim, com base em um cuidado humanizado e individualizado os pais devem ser vistos como parte integrante do cuidado (SOUZA, 2015).

Com vistas a efetivação desta prática, deve ser permitido ao pai livre acesso a UTIN para visita. O que, mesmo com este direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2018) e pela Resolução nº 41/1995 do Conselho Nacional de Direitos da criança e do Adolescente (CONANDA), vem sendo negligenciado através de restrições em visitas e acompanhamentos parciais dos pais ao RN (BRASIL, 1995; OLIVEIRA, 2012; SOUZA, 2015; BRASIL, 2018). Esta presença ainda favorece o acolhimento da família, o contato precoce pele a pele, e a promoção de boas práticas de nutrição através do aleitamento materno, como forma de assistir ao neonato com eficácia e assegurar, também, a manutenção de cuidados neuroprotetores (OLIVEIRA, 2012; SOUZA, 2015).

Além disso, a cultura de segurança do paciente em UTIN está associada aos fatores individuais e coletivos, ou seja, o modo de pensar, agir e fazer a segurança no local de trabalho, em que a formação dessa perspectiva da cultura é construída coletivamente com o passar do tempo e das experiências no ambiente de trabalho, onde cada um contribui com seus valores e compartilha a prioridade da segurança do paciente (TOMAZONI *et al.*, 2014).

Os profissionais reconhecem a importância da participação da família na segurança do paciente neonatal, porém demonstram despreparo e pouca compreensão ao lidar com esse familiar no cotidiano de trabalho. Portanto, é importante que a equipe identifique a participação da família nos processos de trabalho na UTIN, incorporando e intensificando suas práticas para o cuidado integral, humanizado e livre de iatrogenias, através do acolhimento e da orientação aos familiares (SOUSA *et al.*, 2017).

Com o conhecimento das particularidades e complexidades envolvidas no processo assistencial em UTIN é fundamental que o profissional seja capaz de atuar nas necessidades do setor e da clientela, criando soluções, reformulando maneiras de cuidar, sendo dotado de capacidade crítica de intervenção junto à equipe multidisciplinar. Estas equipes podem desempenhar um cuidado de maior qualidade quando há um processo de trabalho dotado de educação continuada e de humanização de processos, sejam eles interprofissionais ou de assistência ao binômio família/bebê. Já que mesmo contando com um ambiente de alta tecnicidade e tecnologia, de frequentes intervenções dolorosas e estresse, sendo de extrema necessidade a sobrevida desses pacientes, deve-se considerar a fragilidade do vínculo com os familiares e com o RN, de forma que estes profissionais invistam em uma assistência individualizada e humana (GODINHO, 2009).

Por fim, em UTIN, o manejo da ocorrência de iatrogenias deve considerar o envolvimento e a troca de múltiplos saberes entre profissionais x profissionais, profissionais x pais/familiares e até mesmo entre pais/familiares x pais/familiares. Assim como o comprometimento de todos os membros envolvidos no cuidado com a vigilância, comunicação, compreensão e criação de ferramentas gerenciais a fim de entender o contexto em que ocorrem os erros e assim, através de corresponsabilização e envolvimento destes profissionais, torna-los, junto aos pais e familiares componentes de um sistema mais seguro e que promova o cuidado de qualidade e humano.

4.3 A importância da Comunicação da equipe multiprofissional para a segurança do paciente neonato

A comunicação é um processo composto de diversas ações, que incluem comportamentos verbais e não verbais a serem utilizados nas relações interpessoais, já que não se reduz ao ato de vocalizar idéias (SILVA, 2012). É possível dizer ainda que a comunicação é considerada uma relação pela qual o homem, ao interagir com o outro, se torna humano (GUARESCHI, 2007).

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Por sua vez, o emissor e o receptor da mensagem precisam ser sensíveis ao clima interno (inclui valores, sentimentos, temperamento e níveis de estresse de ambos), e externo (condições atmosféricas, temperatura, momento certo, ambiente da organização, status, poder e autoridade). Cabe ainda destacar como elemento de importante representatividade no processo o *feedback* que pode ser compreendido como a informação que o emissor consegue obter e pela qual se sabe se a sua mensagem foi captada pelo receptor (MARQUIS; HUSTON, 2005).

No que tange a comunicação nos serviços de saúde, esta pode ser influenciada por fatores como complexidade do cuidado, diversidade na formação profissional, representatividade da hierarquia, dimensionamento profissional inadequado, limitações intrínsecas ao fator humano de cada profissional como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar múltiplas tarefas. (WOLTON, 2006; CASTELLS, 2009; FÍGARO, 2014).

Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi reconhecida, reafirmada e difundida após publicação de Portaria nº529/2013, sendo esta considerada como um determinante na qualidade e segurança da assistência prestada. Falhas decorrentes deste processo são consideradas um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BRASIL, 2013c; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Ainda assim, profissionais de saúde apresentam dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe, ou seja, uma comunicação efetiva, refletindo na qualidade e na segurança dos serviços prestados. Em consequência de relações hierárquicas, de poder, pessoais ou profissionais que se dão de forma conflituosa, as categorias profissionais acabam por atuar em paralelo e não em conjunto, desqualificando o cuidado (BAGNASCO *et al.*, 2013).

Nessa conjuntura, o trabalho em equipe propulsiona uma maior produtividade e melhoria na comunicação e tomada de decisões, resultando em profissionais com melhor autoestima, bem estar psicológico e apoio social (MAXFIELD *et al.*, 2013). Para qualificar a comunicação técnica como capacitações da equipe baseadas em simulações multidisciplinares, com ênfase em temas como liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro na equipe, tem sido utilizadas para minimizar ou detectar erros, aperfeiçoar habilidades de trabalho em equipe, treinar/ensaiar procedimentos complicados e identificar lacunas de conhecimento dos profissionais relacionados à sua área de atuação profissional (BAGNASCO *et al.*, 2013; DANIELS; AUGUST, 2013).

O processo de comunicação quando previamente estabelecido em uma rotina e um processo pré-determinado, facilita e aperfeiçoa o trabalho da equipe multidisciplinar, além de diminuir significativamente as chances de erros. Existem quatro métodos que podem facilitar comunicação interprofissional, são eles: *Rounds* Interdisciplinares, *SBAR* (que é um mnemônico para **S**ituação, **B**reve Histórico, **A**valiação e **R**ecomendação), *Read Back* (Ler novamente, define que sempre seja confirmada a informação recebida, após registro) e Passagem de plantão normatizada (SOUSA; MENDES, 2014; JCIASH, 2017).

Conceitua-se por *Rounds* Interdisciplinares a reunião de todos os integrantes da equipe, pelo menos em um momento do dia, para discutir seus pacientes, as intercorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. O *SBAR*, sigla de *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação), é a capacitação aplicada através de um planejamento de estratégia educacional. A *Read Back* consiste em uma técnica que prevê à instituição ou desenvolvimento, de forma colaborativa, de uma política e/ou procedimento para prescrições verbais, pessoalmente ou por telefone, sejam elas anotação ou digitação em um computador. Por fim a Passagem de plantão

normatizada, consiste em um procedimento que deve ocorrer em local determinado e adequado e horário pré-definido, em que os profissionais envolvidos devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias, cabe ressaltar que além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado (SOUSA, 2014).

No ambiente de alta complexidade, como a UTIN, é imprescindível um sistema de informação que propicie a captação de dados necessários ao planejamento da assistência. Sendo assim, a comunicação é considerada como um elemento essencial ao cuidado e pode ser entendida como alicerce das relações interpessoais. Tendo em vista sua intrincada e diversa definição é necessário que se propicie melhorias em sua compreensão e a interação entre os membros da equipe, assim como se considere sua construção de forma contínua e coletiva (BROCA, FERREIRA, 2012).

Ao compreender o processo de luta e envolvimento profissional necessário para que se desenvolva a cultura de segurança nas instituições, também é possível visualizar o processo de comunicação interprofissional como pilar fundamental a implantação de uma assistência mais consciente e segura. Já que as iatrogenias apontadas neste setor provém de erros na execução das inúmeras facetas da comunicação interprofissional, seja ela um fator antecessor ao erro, ou ainda um entrave na compreensão de falhas, exposição das mesmas, e ainda de conhecimento de sua importância a segurança do paciente.

5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Durante a construção do projeto de dissertação foi realizada uma revisão integrativa de literatura, acerca de segurança do paciente neonato internado em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Essa produção auxiliou como alicerce para a execução desse estudo, e foi submetida à publicação na Revista Ciência, Cuidado e Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Com a decisão editorial favorável à publicação da produção, optou-se por retirá-la do corpo da dissertação a fim de evitar o autoplágio. O artigo aprovado e publicado pela revista está disponível no ANEXO 1.

6 METODOLOGIA

O presente estudo seguiu o percurso metodológico descrito a seguir. Serão apresentadas as definições de pesquisa qualitativa e a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), uma vez que o estudo visou a aplicabilidade na prática assistencial.

6.1 Caracterização do Estudo

Esta foi uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo e delineamento sustentado pelo método de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), com o intuito de construir o conhecimento, por meio da convergência entre pesquisa, assistência e envolvimento dos participantes na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014). Ainda enquanto estudo qualitativo, a PCA possibilita a construção de novos arquétipos para conduzir o cuidado, já que é desenvolvida em uma relação direta com a prática assistencial (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva visa descrever as características de uma população. Incluem-se neste tipo de estudo as pesquisas que investigam opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A PCA teve sua origem na necessidade de articular o conhecimento produzido nos espaços acadêmicos com o campo de prática assistencial. Com o intuito de promover a incorporação de resultados de pesquisa à assistência, uma vez que o fenômeno a ser estudado é identificado no cotidiano da prática profissional do enfermeiro-pesquisador (REIBNITZ *et al.*, 2012).

Por meio da fusão da pesquisa com a assistência, as perguntas de pesquisa emergem das experiências vividas na prática, de reflexões e investigações dos profissionais que atuam em determinado contexto. Sendo assim, dos resultados destes estudos surgem a resolução ou minimização dos problemas da prática, ou a realização de mudanças e implementação de inovações no cuidado em saúde, podendo levar a construções teóricas. Isso ocorre em um cíclico caráter de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial com permutas recíprocas de informações ao longo de ambos os processos de pesquisa e de assistência, propiciando o respeito a autonomia de cada processo e servindo de base para a construção do conhecimento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Nesse panorama, a escolha da metodologia da PCA para este estudo se deu porque a questão norteadora deste trabalho surgiu da prática assistencial em cuidados intensivos neonatais. Por meio da busca constante de melhorias para a conjuntura profissional, o aperfeiçoamento de uma assistência mais segura a ser prestada ao neonato, e a valorização dos profissionais envolvidos neste cuidado, que aqui são considerados requisitos propulsores para este estudo. Esse método possibilita a imersão do pesquisador no campo onde será desenvolvido o estudo, de forma que as ações de pesquisa e assistência tornem-se convergentes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Nessa perspectiva, foram consultados os integrantes da equipe de cuidados intensivos e semi intensivos neonatais do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL/EBSERH), junto de sua Unidade de Produção, órgão de caráter gerencial que reúne profissionais de todas as categorias profissionais, que trabalham nessas unidades, bem como os membros da gestão e direção da Instituição sobre o futuro desenvolvimento do estudo e sua configuração convergencial. A proposta foi bem acolhida e considerada como válida à qualificação da assistência ao neonato.

Na PCA o conceito de convergência refere-se a junção entre as ações da assistência e as ações da pesquisa de forma concomitante, em que são construídos nexos entre o pensar e o fazer para a efetivação das mudanças na prática assistencial (PAIM; TRENTINI, 2014). “Os conceitos regidos por essa convergência possuem propriedades individualizadas e compatibilizadas pela regência do construto e nomeiam-se como: dialogicidade; expansibilidade; imersibilidade; e simultaneidade” (PAIM; TRENTINI, 2014, p. 24).

A dialogicidade é entendida como a existência de uma conjuntura harmônica entre assistência e pesquisa no que tange um certo fenômeno, de forma a caracterizar-se dinamicamente como um movimento de unidualidade, em que cada instância mantém suas particularidades. Já a expansibilidade, em PCA, é o que permite o desenvolvimento de novos conhecimentos e teorias a partir da reconstrução da prática assistencial. Nesta metodologia é necessário que o pesquisador esteja imerso no contexto físico-temporal do estudo a ser realizado, ou seja, envolvido com as esferas de pesquisa e prática assistencial no cenário escolhido como preditor da questão a ser investigada, é o que se chama de imersibilidade. Por fim, a simultaneidade pode ser considerada como a convergência mútua entre as ações de pesquisa e prática assistencial durante o processo de estruturação da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O caminho metodológico da PCA é alicerçado em quatro fases: de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), conforme figura 04.

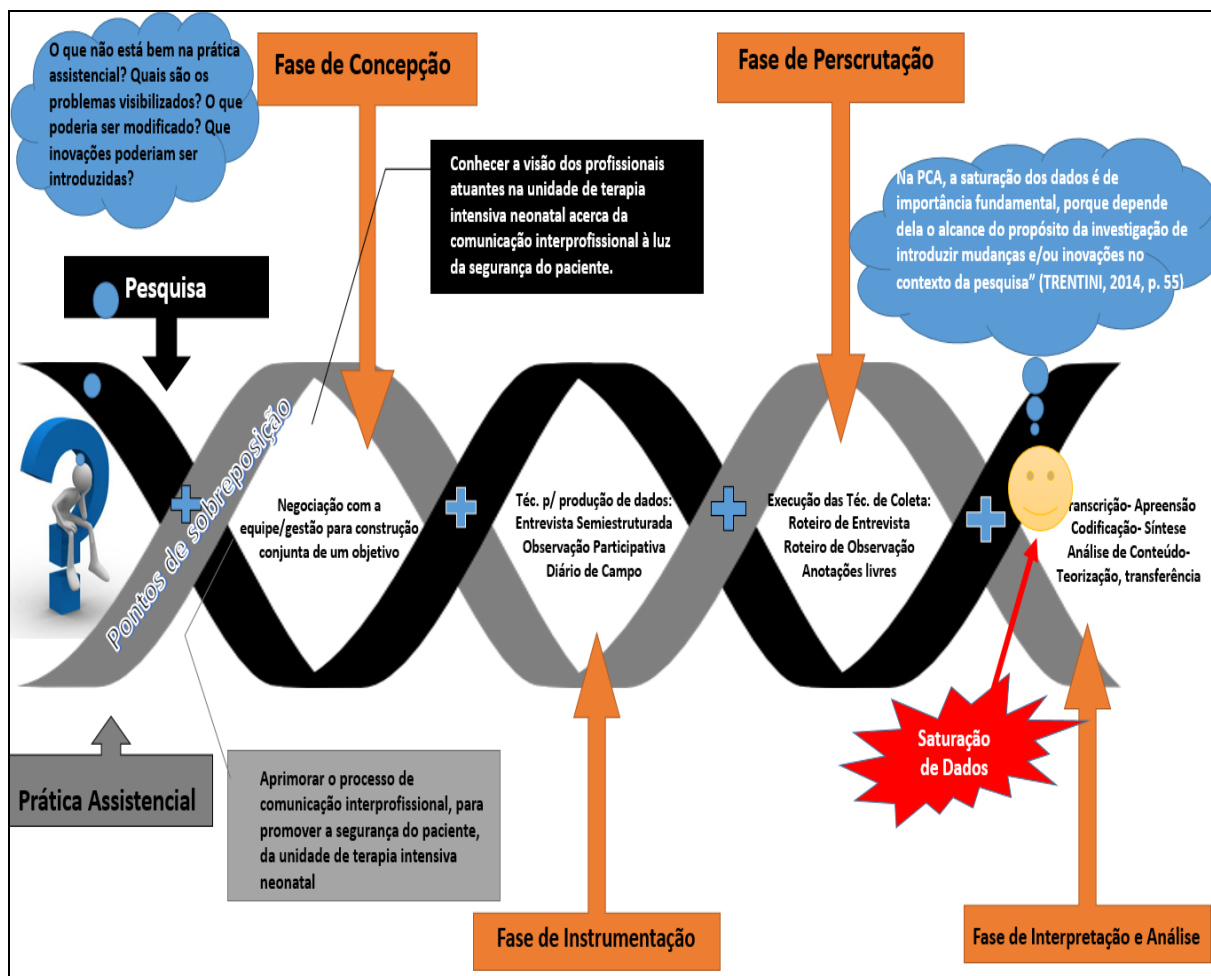


Figura 4 - Diagrama de representação da produção de dados na PCA - comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal.
Fonte: Adaptado pela autora, Pelotas, 2019 de TRENTINI & PAIM, 2004.

6.2 Fase de concepção

Fase relacionada com a origem da pesquisa, (Figura 04), em que ocorre a delimitação da área a ser investigada no estudo. Sendo assim, conforme proposto por Trentini, Paim e Silva (2017), foi realizado o exercício da auto indagação, a fim de responder as seguintes questões: “O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas visualizados? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?”.

Para responder a este primeiro questionamento foram utilizadas as reuniões de equipe e da Unidade de produção, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, em que são expostos indicadores de qualidade da assistência, destacando-se o aumento dos casos de sepse tardia e, com isso, do número de

óbitos ou aumento do tempo de internação dos pacientes. Dados estes que, em outras épocas, tinham avaliações mais positivas, do que emergiu a necessidade da realização de mudanças e a introdução de práticas seguras da assistência, através de uma melhoria no processo de comunicação entre os profissionais da equipe que atua na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A experiência prática da pesquisadora, ao longo de três anos, e o fato de exercer sua atividade profissional de Enfermeira assistencial nesse setor, tornaram possível a observação e reflexão acerca da dinâmica de trabalho das equipes. Ficando evidente os ruídos presentes no desempenho da assistência ao neonato, principalmente no que tange o acesso à informação de forma clara e uniforme a todos os profissionais.

Fica clara a dificuldade em manter uma comunicação efetiva, seja de forma verbal ou escrita entre os profissionais, já que se percebe falhas na aplicação prática de Procedimentos Operacionais Padrão por todos os membros da equipe; na implementação de ações de educação continuada para qualificação do cuidado; na comunicação entre setores resultando em exposições desnecessárias do paciente a eventos adversos da assistência, entre outros.

O que reforça a necessidade de propiciar a criação de uma cultura de segurança do paciente centrada no pilar da comunicação como qualificador do cuidado prestado ao recém-nascido em UTIN. E assim destaca a problemática de pesquisa: “qual a percepção dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional para segurança do paciente?”.

Após essa reflexão inicial, complementada por buscas na literatura e no local da prática, a temática e a problemática da pesquisa concatenaram-se com maior clareza, auxiliando a formulação do objeto de estudo, objetivos, justificativas e contribuições. Sendo essas premissas discutidas com a Coordenadora do setor, coordenadora de enfermagem, profissionais da equipe multiprofissional, a fim de negociar a proposta de pesquisa junto aos participantes, e no local de estudo.

A PCA é alicerçada em necessidades que emergem da prática profissional, e o problema a ser pesquisado parte do campo assistencial, foi possível elencar como questão prática: “Como estruturar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal?”, como máxima a ser construída nesse estudo.

Ao dar continuidade ao exercício, proposto por Trentini, Paim e Silva (2017), surgiram como respostas as questões “o que poderia ser modificado?” e “Que inovações poderiam ser introduzidas?”, por meio de novas reuniões e pactuações, com alguns representantes da gestão e setores “chave” (Unidade de Produção da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi- intensivos Neonatal, Setor de Qualidade e Setor de Segurança do Paciente) à segurança do paciente, foram construídas as hipóteses de convergência à prática assistencial, como estratégias viáveis para concretizar as mudanças objetivadas nesta pesquisa. E, com isso, aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na unidade de terapia intensiva neonatal, são elas:

1) A construção de protocolos de segurança do paciente adaptados a neonatologia: objetiva padronizar procedimentos e técnicas tendo em vistas a segurança do paciente neonato; facilitar os processos assistenciais ao promover uma comunicação clara e efetiva entre os profissionais do setor, ex.: padronização da passagem de plantão, de check-lists de recepção e de alta do RN, de identificação de pacientes, etc. E também entre profissionais de outros setores quando necessário: check-list de cirurgia segura, com vistas às particularidades do neonato; check-list de transporte para exames e movimentações entre setores, etc;

2) A implementação de uma rotina de capacitações com temas pré definidos, após delimitação de fragilidades: objetiva garantir educação continuada e padronização de processos de comunicação;

3) A concepção de canais de troca e armazenamento de informações de acesso a todos os membros da equipe: objetiva uniformizar o acesso a dados importantes à melhoria do cuidado (fluxos, indicadores, planos de ação pactuados pela Unidade de Produção, protocolos da unidade, etc); propicia a colaboração e construção conjunta de estratégias para melhoria na qualidade da assistência e segurança do neonato.

Esse processo envolveu a equipe multiprofissional como um todo e, contou com a participação ativa de representantes de todas as profissões envolvidas, após a fase de interpretação e análise de dados. Levou-se a exposição dos achados aos entrevistados, em um grupo para discussão do tema. Então os partícipes foram convidados a construir o processo de conversão à prática assistencial, de forma a

implementar e concretizar as mudanças e inovações no campo assistencial e, assim facilitar o processo de comunicação interprofissional na UTI neonatal, com ênfase na segurança do paciente.

Já que PCA estabelece a participação do pesquisador em apoio à prestação de cuidados aos serviços assistenciais ao lado da equipe local, ao propor uma renovação teorizada da prática assistencial durante o seu processo de investigação, permitindo, então, interferências na realidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

6.3 Fase da instrumentação

Aqui são delimitados os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, como a definição do local de pesquisa, dos participantes e dos métodos e técnicas de obtenção dos dados.

Na fase de instrumentação, ocorreu a negociação da proposta na instituição, é o local de pesquisa, definição de espaço físico, participantes e escolha dos instrumentos e técnicas para a coleta de dados. Na PCA, as técnicas de produção de dados utilizadas são a observação participante, discussão em grupo e entrevistas, sendo neste estudo escolhida a entrevista individual (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

6.3.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL/EBSERH), na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul.

O Hospital Escola em questão, teve início a partir da necessidade de um ambiente de aprendizado prático para os acadêmicos da Faculdade de medicina. Já que até então esta atividade de ensino da prática médica era realizada no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência que, através de convênio com a Universidade, disponibilizava 30 leitos. Então, em 1981, este convênio foi alterado e criou-se, ainda dentro de suas dependências, o Hospital Escola, com 117 leitos abrangendo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e um Pronto Socorro. Já em 1987, foi firmado um contrato com a Santa Casa de Misericórdia da mesma cidade e o HE passou a ocupar o prédio em que permanece até hoje, em uma área física adjacente à Santa Casa. Em 2004, após avaliação das condições de pesquisa e de ensino, da assistência prestada e do modelo de gestão adotada, o HE foi certificado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação como Hospital de Ensino (HE/UFPeL, 2018).

Atualmente, o HE é um hospital geral, com 175 leitos distribuídos em quatro áreas (clínica médica e especialidades clínicas, ginecologia e obstetrícia, pediatria e cirurgia geral e especialidades cirúrgicas). Para além disso, a instituição possui serviços de referência regional, com destaque para a alta complexidade em oncologia, contemplando a linha de cuidado nas áreas de oncologia clínica e cirúrgica, onco-hematologia, serviços de quimioterapia e radioterapia, atenção domiciliar e cuidados paliativos.

O HE UFPeL é um dos pioneiros em atenção domiciliar, uma política prioritária do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 2.527 de outubro de 2011. O hospital conta com equipes multidisciplinares em atenção domiciliar através do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar desde 2005, atendendo aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Como também o Programa Melhor em Casa conta com três equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e uma equipe multidisciplinar de apoio, que atua junto de pacientes com patologias diversas. A atenção domiciliar é política estratégica para o município, altamente

impactante em indicadores como desospitalização e humanização, atendendo cerca de 150 pacientes ao mês (HE/UFPel, 2018).

Outra vertente consolidada pela instituição é o cuidado em saúde a pessoas vivendo com HIV/AIDS, com enfermaria de infectologia, hospital dia e serviço ambulatorial especializado. Ainda destaca-se a consonância com a Rede Cegonha, em que o HE apresenta estruturas que abrigam a linha de cuidado à saúde materno-infantil, incluindo obstetrícia de alto risco (ambulatório e internação), UTI neonatal tipo II, unidade semi-intensiva convencional e atenção ambulatorial aos neonatos egressos do hospital (HE/UFPel, 2018).

Este Hospital Escola presta atendimento a 28 municípios da região sul do Rio Grande do Sul, exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde), representando uma estrutura de saúde de referência em uma série de especialidades. Por sua vez, a unidade em que foi realizado o estudo conta com nove leitos, e está classificada como UTIN tipo II, conforme Portaria nº 930 do Ministério da Saúde de 10 de maio de 2012. Também conta com uma equipe formada por 13 enfermeiros, destes 12 assistenciais e um para coordenação; 33 técnicos em Enfermagem; 10 médicos, destes oito plantonistas, duas rotineiras, dentre estas uma coordenadora; Duas fisioterapeutas; Uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Além de contar com o apoio do serviço de psicologia e serviço social (HE/UFPel, 2018).

6.3.2 Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, já que estes desempenham suas atividades integralmente ou majoritariamente no setor de estudo.

Foram entrevistados 17 participantes, tendo em vista o critério de saturação de dados. Assim, pode-se considerar saturada uma coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado, e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, uma vez que não altera a abrangência da compreensão do fenômeno estudado. Sendo este um critério determinante para interrupção da coleta de dados e definição do tamanho da amostra, (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Foram incluídos no estudo aqueles profissionais que atuaram na unidade há pelo menos um ano, e que aceitaram participar do mesmo. Por outro lado, foram

excluídos aqueles que estavam de férias ou licença saúde no período de coleta das informações, totalizando dois profissionais excluídos por esses critérios.

Para determinar o alcance da saturação teórica nas fontes primárias, foram seguidos cinco passos: Passo 1- Registro de dados brutos (fontes primárias); Passo 2 - Imersão nos dados: realizou-se leitura flutuante dos dados obtidos por meio das entrevistas à medida em que foram realizadas. Passo 3 - Compilação das análises individuais de cada entrevista e agrupamento temático: ao realizar a leitura flutuante, os temas foram organizados por categorias; Passo 4 – Alocação dos temas e tipos de enunciados em um quadro. Passo 5 – Constatação da saturação teórica dos dados por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento (FONTANELLA *et al.*, 2011).

“Na PCA, a saturação dos dados é de importância fundamental, porque depende dela o alcance do propósito da investigação de introduzir mudanças e/ou inovações no contexto da pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 55).

6.3.3 Princípios Éticos

Os princípios éticos foram assegurados em todos os momentos o estudo, conforme prevê a Resolução nº 466/2012⁸, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, envolvendo Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012b). Assim como foram respeitados os preceitos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, principalmente os capítulos I e II sobre os direitos e deveres, e também o capítulo III que dispõe sobre as proibições, atentando aos artigos 95 ao 98 (COFEN, 2017).

Após qualificação do projeto, foi realizado contato com a Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital (HE/UFPEL/EBSERH) que assinou a carta de anuência para a realização do estudo (Apêndice C).

Em seguida, com a autorização concedida pela Gerência de Ensino e Pesquisa, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado à apreciação por um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A fase de coleta das informações os

8 Resolução nº466/2012. A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

participantes da pesquisa iniciou somente após a aprovação e liberação pelo referido comitê.

De posse da aprovação do comitê de ética, foi realizado o convite aos participantes do estudo por meio da carta convite (Apêndice D), destacando o caráter não obrigatório, os procedimentos utilizados e a ausência de qualquer tipo de remuneração financeira para tal.

Para os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foi apresentado lido e entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E), explicando os objetivos e os métodos do estudo, assim como riscos e benefícios da sua participação no mesmo. Logo após este documento ter sido lido, foi assinado e rubricado em duas vias, pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo que uma delas ficou em posse do pesquisador e outra com o entrevistado, foram agendadas as entrevistas semi-estruturadas, de forma individual, e a observação participante, junto da chefia e equipes, enquanto grupo de trabalho.

Quanto aos riscos, o estudo não desencadeou riscos físicos, pois não foi realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico. Contudo, como risco psíquico para o(a) participante do estudo, a entrevista gravada ou observação poderia ocasionar desconforto ao rememorar fatos e situações ocorridas no desempenho de suas atividades profissionais tanto de forma individual ou ainda enquanto membro da equipe de saúde.

Por isso, para minimizar o risco as perguntas puderam ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízos ao participante, e ainda ratificou-se a liberdade deste de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar do estudo, sem que isto lhe acarretasse penalização ou juízo de qualquer natureza a sua pessoa. Visto isso, cabe ressaltar que a pesquisa não acarretou nenhum risco ou problema aos partícipes.

Já como benefício deste estudo, aos profissionais e UTIN, pode-se pontuar a troca de conhecimentos e informações sobre a significância da comunicação interprofissional no desempenho do trabalho em equipe para a segurança do paciente neonato internado em unidades de terapia intensiva entre os participantes e a pesquisadora, além de qualificar a assistência prestada na unidade através da elaboração conjunta de estratégias que concretizem mudanças e inovações na prática assistencial. E como benefício indireto destaca-se a contribuição dos participantes na compreensão de possíveis eventos adversos na assistência ao

neonato internado em unidades de terapia intensiva decorrentes do processo de comunicação, com o intuito de qualificar a segurança destes pacientes.

Também foi exposto que se em algum momento o participante não se sentisse à vontade em participar do estudo, ele teria o direito a desistir deste em qualquer momento, assim como terá livre acesso as informações quando fosse de seu interesse. Nenhum participante da pesquisa desistiu de contribuir com o estudo.

Para manter o anonimato, os profissionais que participaram da pesquisa foram identificados pela letra P seguido de números sequenciais de entrevistas (ex.: P01, P02, P03, etc.). A documentação oriunda da coleta de dados será arquivada em forma digital, em pen drive, pela autora durante o período de cinco anos. Depois de passado este prazo os arquivos serão deletados. A técnica de produção de dados escolhida para este estudo foi a entrevista individual semiestruturada e a observação participante, além de anotações realizadas pela pesquisadora em seu diário de campo

6.4 Fase de perscrutação e estratégias para obtenção dos dados

Fase de perscrutação é a etapa na qual foram obtidos os dados e as informações coletadas junto aos participantes do estudo. Na fase de análise, foram organizadas as informações por meio do processo apreensão-organização e da codificação das informações, buscando familiaridades entre elas. Por fim, a fase de interpretação se apresenta como três processos responsáveis por dar lógica aos achados da pesquisa: síntese, que examina a subjetividade, as associações e variações das informações levantadas; teorização, que desenvolve um esquema teórico a partir das relações identificadas na fase de síntese; transferência, que dá significado às descobertas e as contextualiza em situações similares, por meio da socialização dos resultados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

6.4.1 Coleta dos dados

A coleta dos dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada aos participantes (Apêndice F), observação participante, sendo registrada em diário de campo (Apêndice G), no período de julho a agosto de 2019. Para que um dado seja

apreendido, o pesquisador deve imergir no cenário a ser estudado, e só assim por meio das interações e ações, há a apreensão da prática assistencial como é almejado pela PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas, e o entrevistado tem liberdade para se posicionar favorável ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada (MINAYO, 2010).

Observação Participante é uma técnica que propõe uma perspectiva holística e natural das situações e eventos estudados, esta tem grande valor na aplicação de pesquisas qualitativas na área da saúde, já que possibilita às investigações uma visão ampla e detalhada de uma realidade (QUEIROZ *et al.*, 2007). A PCA sustenta a imersibilidade como pilar, ou seja, necessita de uma interação do pesquisador com o meio, aqui a prática assistencial, favorecendo assim as bases para o planejamento de estratégias a serem compartilhadas. Cabe salientar que em estudo de PCA a observação é sempre participante (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Sendo assim, as entrevistas aconteceram em data e horário, previamente acordados com os participantes da pesquisa, após estes terem aceitado participar, e assinado o termo de consentimento. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos. Ainda cabe dizer que, as entrevistas foram gravadas, com gravador de voz, e posteriormente transcritas na íntegra, através de digitação para um arquivo de word, para posterior interpretação das informações.

Complementarmente, a observação participante aconteceu nos quatro turnos de trabalhos da UTIN e abrangeu todas as equipes, foi acordado o período a ser observado junto da chefia do setor e das equipes envolvidas, isso ocorreu nos meses de julho e agosto de 2019. Essa etapa foi desenvolvida junto de todos os membros da equipe enquanto exerciam suas atividades laborais.

O diário de campo é um documento pessoal no qual é fundamentado o conhecimento teórico - prático, relacionando com a realidade vivenciada no cotidiano profissional, por meio de relato de suas experiências e sua participação na vida social, sua escrita demanda tempo, atenção, calma e persistência (OLIVEIRA, 2014). Assim foi utilizado para anotações que a pesquisadora considerou pertinentes como correlações da prática assistencial à pesquisa, reflexões acerca do processo de comunicação entre os membros da equipe e conceitos apreendidos ao longo da construção do marco teórico, entre outros.

6.5 Fase da análise e interpretação de resultados

6.5.1 Análise das Informações

Após a captação de dados, estes foram transcritos e organizados a fim de facilitar sua codificação, o que significa reconhecer no relato das informações as palavras, frases, parágrafos ou termos-chave que mais se repetem nas falas dos participantes. A análise ocorreu de acordo com as etapas propostas pela PCA, isto é, após a codificação, foram compostas as categorias empíricas, ou seja, um conjunto de expressões com características similares ou que possuam estreita relação de complementaridade, de acordo com determinado critério estabelecido, para fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos, seguida da aplicação da análise de conteúdo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Essas etapas foram todas realizadas pela própria autora.

A análise de conteúdo, está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, o qual comporta um feixe de relações que podem ser graficamente representadas por meio de uma palavra, frase ou resumo. Sendo assim, esta é uma das formas que melhor se adequou a investigações qualitativas (BARDIN, 2011). Para este estudo, as informações coletadas foram organizadas conforme apresentado por Trentini, Paim e Silva (2014), sistematizados em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferencia. A PCA, apesar de oferecer um método de análise próprio, não impede a articulação deste ou o uso isolado de outros métodos de análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esses quatro processos cognitivos ocorrem de maneira mais ou menos sequencial, pois o pesquisador deve alcançar um nível razoável de compreensão antes de ser capaz de sintetizar e, enquanto ele não é capaz de sintetizar, não poderá teorizar. A recontextualização e/ou transferência não pode ocorrer até que os conceitos e modelos da investigação se tenham desenvolvido plenamente (TRENTINI; PAIM, 2004).

Entende-se por fase de apreensão o registro das informações providas das entrevistas e das observações em campo, já que é a partir delas que será possível conhecer o cotidiano e as Interações; definir a situação do cotidiano e do cuidado; propor e realizar o cuidado e a refletir sobre eles. Essa fase objetiva analisar os

significados atribuídos à temática, e refletir sobre o referencial teórico-metodológico, expressando os objetivos do estudo como balizadores de toda a análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As informações, derivadas das entrevistas, observações e diário de campo foram organizadas e codificadas, incluindo a identificação do tipo de informação. Para isso utilizou-se a seguinte nomenclatura: Notas de Entrevista (NE), relato das informações obtidas nas entrevistas; Notas de Observação (NO), relato das informações obtidas nas observações; Notas Metodológicas (NM), relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta de informações; Notas da assistência (NA), ações de cuidado/ assistência, desenvolvidas durante o processo de pesquisa que envolvem o pesquisador e pesquisado, Notas do Diário (ND), relato do que acontece diariamente em relação à pesquisa como acontecimentos, impressões, sentimentos e ações; Notas de convergência (NC), ações desenvolvidas após construção do grupo de forma a convergir à prática assistencial; e Notas Teóricas (NT), aquelas que se utilizam de referencial teórico que servirá de base para o desenvolvimento do estudo. Isso, seguido de uma leitura aprofundada do material codificado para assimilação dos dados. Os registros foram mantidos em ordem cronológica, com data e número da entrevista ou observação e identificação do participante (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de apreensão foi alcançado quando os dados se tornaram suficientes para fazer um relato completo, detalhado, coerente e substancial do conjunto de informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Iniciou-se, então, a fase de interpretação, que se constituiu de três processos fundamentais: síntese, teorização e transferência. O processo de síntese é a parte da análise em que foram examinadas, subjetivamente, as associações e variações das informações. Nessa etapa, realizaram-se leituras sucessivas a fim de imergir nas informações trabalhadas na fase de apreensão (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Sendo assim, sintetizar pode ser compreendido como a capacidade do investigador para fundir vários casos ou histórias ou experiências, com a finalidade de descrever os padrões de comportamento a respeito do grupo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fase de teorização é quando se desenvolve um desenho teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. É o momento em que os temas e os conceitos foram definidos, e as relações entre eles descritas detalhadamente, atribuindo-lhes os valores contidos nas informações, o que irá

auxiliou na formulação de pressupostos e novos questionamentos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Como exemplificado no quadro de análise do anexo 2, e didaticamente exposto na figura a seguir.



Figura 5 - Diagrama de exemplificação e representação da fase de interpretação das informações na PCA - comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal.

Fonte: Própria autora com base na questão 01 desse estudo e nas falas dos participantes, Pelotas, 2020.

Por fim, a fase de transferência ocorreu quando, em posse das conclusões, o pesquisador buscou a aplicabilidade dos resultados para a prática assistencial. A PCA exige que a convergência entre prática assistencial e pesquisa continue a ser

objeto de controle rigoroso até o final da produção de dados, o que implica em processo complexo de distinguir as ações da prática e da pesquisa, que deverão ocupar um espaço próprio na análise, discussão e apresentação dos resultados (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017). Cabe destacar que a recontextualização, destacada por Trentini e Paim (2004), pode ser considerada a verdadeira potência da investigação qualitativa, já que é o desenvolvimento de uma teoria emergente de tal maneira que esta seja aplicável em outros contextos similares. Neste estudo foi construído, junto dos profissionais, e proposto a implementação de um protocolo de comunicação efetiva em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal à chefia do setor e à instituição (Anexo 3).

6.6 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados por meio da entrega da dissertação de mestrado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os achados serão publicados em periódicos de divulgação científica da área da saúde e apresentados em eventos científicos da área, bem como apresentados à instituição em que ocorreu o desenvolvimento do estudo, e aos partícipes da mesma.

7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

7.1 Apresentação dos participantes

Neste subcapítulo serão apresentados os participantes do estudo, totalizando 17 profissionais atuantes na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Sendo quatro enfermeiros, três médicos, cinco técnicos em enfermagem, três fisioterapeutas, um fonoaudiólogo e um nutricionista. Entre os enfermeiros, três possuem pós graduação, sendo dois destes especialistas em neonatologia; os médicos entrevistados em sua totalidade tem formação em neonatologia; dos fisioterapeutas, todos possuem pós graduação e dois deles com foco em pacientes neonatos; dos profissionais técnicos em Enfermagem, dois possuem graduação e somente um deles possui curso de pós graduação; já o fonoaudiólogo e o nutricionista possuem cursos de pós graduação, porém não direcionados à área neonatal.

Os profissionais tem idades que variam entre 25 e 55 anos. No que tange a formação acadêmica o tempo variou entre cinco e 25 anos. Em relação ao tempo de atuação com neonatos, o tempo variou de um a 35 anos e, na UTIN de cinco a 35 anos.

7.2 Caracterizando a comunicação entre os profissionais na UTI neonatal

Neste ítem será descrito, as formas de comunicação encontradas na unidade de terapia intensiva neonatal, na perspectiva dos participantes. A fim de favorecer a reflexão acerca dos processos intrínsecos à assistência em saúde do neonato, além de inter relacioná-los à segurança do paciente. Para tal foi traçado um percurso didático de modo a detalhar o desenvolvimento da comunicação interprofissional, os tipos de comunicação e a qualidade deste processo.

A comunicação é uma ação que acontece em um determinado contexto, que se define por apresentar uma linguagem de representações sociais, a qual é utilizada pelos sujeitos envolvidos a fim de estabelecer contatos uns com os outros. Este processo pode ser visto sob diferentes referenciais. De maneira simplificada é possível definir o processo de comunicação como a busca por contato nas diversas situações em que possa haver troca de mensagens entre indivíduos. Neste panorama, é certo afirmar que nem toda troca de mensagens implica em comunicação, na medida em que pode ou não ter a ocorrência de contato nesta troca (LEFEVRE; LEFEVRE; FIGUEIREDO, 2010).

Pode-se, então, ter esta temática como uma importante e essencial ferramenta na obtenção de valiosas informações para a condução terapêutica (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). Para que se conceba uma comunicação interprofissional de forma efetiva alguns fatores são cruciais, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, ratificação da compreensão da mensagem, liderança objetiva, envolvimento de todos os membros da equipe de saúde, discussões saudáveis de informações pertinentes e, consciência situacional (JOHNSON; KIMSEY, 2012).

Em consonância ao exposto, constatou-se que os entrevistados destacam como forma dominante no processo de comunicação interprofissional, a linguagem verbal do tipo falada. E, ainda referem a forma escrita, ou seja, os registros realizados pelos profissionais em prontuários físicos e eletrônicos, “*check-lists*”, prescrições, e, a utilização de sistemas virtuais para resolução de demandas dos profissionais e da unidade. E, a comunicação não verbal por meio de linguagem gestual como maneiras de troca entre os membros da equipe, como se pode identificar a seguir:

Tem o escrito [...] mas mais é oral mesmo [...]. [P01]

Geralmente ocorre com as evoluções e passagem de plantão. [P03]

Acho que ela ocorre através de documentos [...] e de forma mais informal também, como as conversas que nós temos no dia a dia, dentro da própria rotina. [P04]

Acho que a gente tem a comunicação verbal[...] tem a comunicação escrita, acho que é isso [...]. [P05]

[...] partindo da comunicação interpessoal entre os profissionais, tá, do popular boca a boca, até a forma mais oficial, digamos assim, que é através de escritas [...]. [P06]

[...] conversa com os colegas[...] Pelo olhar, pelos gestos, pela escrita. [P07]

Olha ela, para mim ela é verbal primeiramente, segundo se usa a tecnologia dos aplicativos atualmente. [P08]

A forma de comunicação acho que é, passar a informação verbalmente [...] Eu acho que é isso, acho que assim, comunicação[pausa] Eu gosto de prescrever e passar verbalmente as alterações. [P09]

Eu vou até os profissionais, e aí, coeto as informações que para mim são pertinentes. Então eu acabo indo atrás da informação. [P10]

Tem a evolução do paciente que faz parte da SAE que também a gente faz, que para mim, eu vejo como uma maneira de comunicação, acho que era isso, e a comunicação verbal mesmo entre a equipe. [P11]

Diálogo, conversa, entre os profissionais é diálogo, conversa, e o computador [referindo-se ao preenchimento eletrônico das evoluções]. [P13]

Eu enxergo mais a verbal.[P15]

A comunicação dentro da UTI se desenvolve através de dois fatores principais [...] o primeiro deles é a prescrição e o segundo deles é a informação verbal, a passagem que se faz no contato boca a boca. [P16]

Bom, eu acho que a principal é comunicação verbal entre os profissionais, comunicação de como está o paciente [...] e eu acho que também, a comunicação via prontuário, seja no sistema ou seja escrito e também uma outra forma de comunicação, que não deixar de ser comunicação, é a prescrição. Então eu acho que são as principais. [P17]

Fica evidente que os profissionais, ao falarem sobre a temática, mesmo que em sua totalidade ressaltem a linguagem oral como pilar da comunicação interprofissional, esta é vista como um meio informal de comunicação, e que está presente nas passagens de plantão e nos diálogos entre os componentes da equipe. Segundo Ramos e Botagarai (2012) a comunicação verbal pode ser delimitada como a linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que são usadas para comunicar.

Nesse contexto destaca-se a comunicação efetiva, meta de segurança do paciente, descrita na Portaria Nº 529/2013, como aquela que objetiva melhorar a efetividade do processo comunicativo entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações orais e escritas sejam precisas e completas (BRASIL, 2017). Sendo assim, no ambiente dos serviços de saúde a comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são compreendidos como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (BAGNASCO et al, 2013). Por outro lado, o ato de falar é considerado imperfeito quando a comunicação não é efetiva, seja pela maneira de falar do indivíduo que pode distrair a atenção sobre o que é dito, ou por constrangimento da fonte diante da sua dificuldade de falar ou por timidez (SILVA, 2006).

Em contraponto, os registros eletrônicos ou físicos, em suas mais variadas formas, representam para os participantes do estudo, um meio seguro e formal de passar informações ao outro profissional, como se pode compreender a partir das falas a seguir:

Na maioria das vezes por prescrições e comunicações verbais. [P02]

Eu procuro no sistema, onde a gente tem as evoluções, tanto evolução médica, como a da enfermagem, da fonoaudiologia e da fisioterapia, ou as vezes também no próprio prontuário físico. [P10]

Nos depoimentos dos participantes foi destacado, também, a passagem de plantão:

Ah então, o processo de comunicação começa a partir da passagem de plantão, que a gente coloca todas as intercorrências do paciente, como foi o plantão, tudo que aconteceu no plantão [...]. [P11]

Desde as mais informais, partindo da comunicação interpessoal entre os profissionais, [...] e passagem de plantão entre os colegas.[P06]

Percebe-se que eles compreendem que as passagens de plantão têm destaque no que tange a linguagem oral. Por outro lado, ainda são descritos apenas como diálogos e conversas informais entre profissionais. No entanto, o ato de passar o plantão, deve procurar estabelecer uma comunicação objetiva e clara, a respeito das intercorrências com os pacientes, além dos assuntos referentes à gestão em enfermagem, sendo geralmente subsidiada por protocolos que organizam este processo e proporcionam segurança (HOLLY; POLETICK, 2014).

Assim sendo, compreender esta comunicação como processo contribui com a qualidade dos relacionamentos que deverão ser estabelecidos nas relações de trabalho, como também utilizá-la para evitar ou reduzir as barreiras decorrentes do processo de comunicação e, assim evitar o comprometimento da eficiência da assistência ao neonato, e do próprio exercício da enfermagem. Sendo esta, então, um instrumento que o profissional em saúde utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (ALMEIDA; COSTA, 2017).

Consequentemente, quando se estrutura a passagem de plantão de forma que essa se caracterize como um instrumento de apoio e qualificador da segurança do paciente, esse momento pode e deve ser utilizado a fim de manter a continuidade no cuidado ao neonato. E assim proporcionar fluidez no processo de comunicação de forma a reduzir erros e eventos adversos da assistência.

Sendo assim, a utilização de ferramentas de padronização favorecem a reflexão no processo de passagem de plantão. Já que alicerça o fluxo de informações na utilização de uma sequência de questões consideradas relevantes à continuidade da assistência, auxilia evitando o esquecimento e prevendo uma sequência ao dar seguimento de um instrumento padrão (PANESAR *et al*, 2016).

Na nota de observação do campo em estudo, a seguir, pode-se observar que a passagem de plantão realizada atualmente, tem caráter empírico, caracterizado pela ausência de um instrumento que possibilite a execução deste processo com qualidade, fragilizando a segurança dos pacientes.

NO: Reparo que a passagem de plantão se dá a beira leito, porém não há padronização das informações a serem passadas. Então fica a critério do emissor classificar o que julga de maior representatividade para a continuidade do cuidado. Outro fator que se destaca é que por vezes a transmissão das informações é realizada de forma breve e apressada, pois é necessário que os membros da equipe atendam a regras da instituição no que tange o registro de horário. Sendo assim, é possível que nem toda a informação seja passada ao profissional que chega para assumir o paciente. [Diário de campo, jul/2019]

Sendo assim, é possível pensar em meios que padronizem este ato de forma a torná-lo uma ferramenta estruturada, que assuma uma representação mais formal e de valor aos profissionais da equipe.

Ainda que interpretado como meio informal ou mais descontraído de comunicarem-se, a passagem de plantão é compreendida pelos profissionais do estudo, como uma terminologia adotada para discriminar o momento em que a equipe de saúde transmite informações na troca de turnos de trabalho.

Para Almeida e Costa (2017) a eficiência da passagem de plantão é representada quando há padronizações como: ocorrer em um tempo previamente estabelecido, com a presença da equipe receptora e transmissora, em um local adequado, sem interrupções desnecessárias, sendo as informações transmitidas de forma clara, objetiva e completa, tendo atenção e postura profissional, bem como entrosamento e respeito interpessoal. Sendo esta então uma ferramenta e atividade legitimada pela maioria das instituições hospitalares, assim como reconhecida dentro do processo de trabalho da equipe de saúde.

Na fala do Profissional P11 pode-se ter clara a representatividade que a passagem de plantão tem para a equipe de saúde.

Eu acho que o processo de comunicação que possui maior representatividade é realmente a passagem de plantão.[P11]

Ainda que, nesse momento, a passagem de plantão possa ser interpretada como um meio informal do processo de comunicação entre os profissionais, já que por não ser padronizada possa parecer não ter uma representação legal e substancialmente relevante à segurança do paciente, ainda é considerada como principal veículo para transmitir informações.

Ao se refletir que o vocábulo comunicar é proveniente do latim – *communicare* – e significa “colocar em comum”, é possível rememorar que se trata, por sua vez, de um intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem. Independente da maneira pela qual se comunica, seja ela verbal ou não-verbal, essa conjuntura estará presente na cena terapêutica, repleta de fatores conscientes e inconscientes vinculados ao contexto em que ocorrem (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

No estudo, ao se caracterizar como ocorre a comunicação na unidade de terapia intensiva neonatal, também pode ser notada uma pequena representatividade da interação gestual como forma de troca de informações entre os profissionais, como destacado por P12 e P14 em suas falas.

*Só verbal, e entre nós o olhar. [P12]
A forma mais comum é verbal, e tem a forma escrita, as evoluções, as prescrições, e as vezes, tem gestual também. [P14]*

É possível compreender que os profissionais da equipe percebem e conseguem completar fluxos de informações ao utilizar gestos. O que leva a reflexão acerca da contrução do processo de comunicação entre os profissionais como algo além do registro escrito, uma vez que esses se utilizam das expressões a fim de transmitirem uma mensagem. Nesse ponto, ainda, é possível concluir que durante a execução da comunicação, emissor e receptor trabalham em sinergia para garantir a eficácia do processo.

Esse tipo, em especial, de comunicação não-verbal qualifica a interação humana, transmitindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite

ao indivíduo perceber e compreender o que significam as palavras, assim como interpretar os sentimentos do interlocutor. Assim sendo, até silêncio é significativo, podendo transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

P12 reforça o exposto em sua fala, deixando claro que as relações profissionais e o vínculo são fatores que qualificam o processo de comunicação. É possível, ainda, compreender que a assistência é melhor executada quando os membros da equipe de saúde estão afinizados no desenvolvimento do processo de trabalho, desenvolvendo um processo de comunicação mais fluido e resolutivo.

Entre nós, tu trabalhando com a enfermeira que tu conhece, tu consegue entender só pelo olhar, mas se tu está com a enfermeira que não é do teu cotidiano já fica mais difícil. [P12]

Sob essa ótica é possível correlacionar A Teoria dos Vínculos Profissionais de Thofehrn e Leopardi (2009) que ratifica a fala de P12, já que propõe o fortalecimento das relações de trabalho nas equipes por meio da formação e afirmação de vínculos saudáveis no processo de trabalho. E consequentemente introjeta aos membros da equipe de saúde à reflexão sobre a dinâmica das relações grupais e o desenvolvendo de capacidades intra e interpessoais dos indivíduos (CARVALHO *et al.*, 2020).

Dessa forma, fica claro que a dimensão subjetiva das relações de trabalho é refletida na execução do cuidado. Uma vez que o sujeito-trabalhador deve ser compreendido em sua multidimensionalidade, sendo essa parte fundamental do processo de trabalho e da construção de uma comunicação eficaz. Já que o sujeito engendra sua atuação profissional na busca pela integração do seu refletir, agir e sentir para o resgate do respeito e, consequentemente, do reconhecimento de sua singularidade (CARVALHO *et al.*, 2020).

Nesse interím, mesmo que o trabalho desenvolvido de forma harmônica e coesa seja um qualificador da assistência, é preciso pensar no processo tendo em vista a rotatividade do quadro de profissionais. E assim, ratificar que a padronização dessa ferramenta junto aos profissionais e, quiçá de forma institucional, garantirá a execução do processo de trabalho de forma fluida e uniforme, mesmo em situações em que não se trabalhe com os profissionais fixos da equipe.

Em sua maioria, os profissionais percebem o desenvolvimento do processo de comunicação entre os membros da equipe de saúde, na UTI neonatal, ainda cercado de ruídos e entraves. Por outro lado, destaca-se que a receptividade ao tema é apresentado pela maioria dos colegas, como visto nas falas de P12, P13 e P16, a seguir. Esses elencam como fatores qualificadores deste processo o relacionamento e o vínculo entre as equipes, e como desqualificadores as dificuldades entre profissionais de formações, setores e turnos diferentes; dificuldades nos registros; falta de espaços de troca e discussões entre todos os membros da equipe, tais como: capacitações, reuniões e rounds, ainda falta de padronizações que facilitem o processo; e uniformização de informações entre profissionais.

É um processo [ao fazer referência ao processo de comunicação] bem bom, estão sempre abertos [faz referência aos profissionais da equipe]. [P12]

Em geral é bom, a comunicação é bem aberta, a gente tem liberdade para falar, tanto com as enfermeiras, como entre a gente, entre os técnicos, com a chefia a relação também é boa. [P13]

Eu considero que esse processo é fácil na nossa UTI, mas apesar disso, eu acho que não é muito bem entendido, não é muito eficaz na maioria das vezes, fácil porque existe um bom relacionamento entre as equipes, mas ineficaz porque muitas informações, muitas vezes são passadas e se difundem e não chegam a todas as pessoas. [P16]

Ao ler a da fala de P16 é possível perceber que, mesmo que emissor consiga transmitir a mensagem para receptor, essa se embriça no fluxo de informações e, por muitas vezes se perde desqualificando a mensagem. Dessa forma, mesmo que os profissionais sejam receptivos a execução do processo de comunicação, é preciso que todos os envolvidos no processo compreendam a importância e a representação da informação em prol da segurança do neonato.

A Política Nacional de Humanização já destaca, desde 2008, a importância da interação entre os profissionais de saúde, sendo a comunicação vista como um desafio para que se possa produzir saúde de forma qualificada. No que tange a humanização, essa traz a melhoria da interação nas equipes e a qualificação delas, além de traçar a sua implantação como uma forma de conseguir melhor lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Porém, os profissionais que dedicam suas horas de trabalho à assistência em saúde ainda têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e isso tem impacto direto sobre a segurança do paciente. Cabe destacar que as diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho influenciam o modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem de forma análoga, em detrimento do trabalho em equipe (MAXFIELD *et al.*, 2013).

Nas falas a seguir, pode-se vislumbrar alguns fatores que interferem na qualidade da comunicação interprofissional. Destacam-se algumas características que interferem no processo e trazem ruídos como as diferentes classes profissionais, diferenças pessoais e culturais, além da dinâmica e fluxo de pessoal na unidade.

Olha, dependendo do profissional é bem precária, porque tipo a comunicação da equipe de enfermagem é razoável até, até a gente consegue entre os turnos a gente consegue se passar e se comunicar razoavelmente bem, entre os turnos [...] com os médicos mesmo é que a gente tem mais problema. [P01]

Boa, acho que depende da pessoa que está informando e da pessoa que está recebendo a informação, existem algumas pessoas que recebem, informam melhor e outras nem tanto, e acaba criando aquele ruído de comunicação. [P05]

Eu acho que ainda é um pouco precário, então eu acho que ainda tem déficit na comunicação, principalmente entre a equipe de enfermagem e a equipe médica. [P11]

Eu acho que em primeiro lugar, sempre é o diálogo [...] a conversa às vezes a gente não tem, a gente não sabe muito, porque o médico, eles falam entre si e a gente não fica sabendo muito bem o todo do paciente. [P13]

Destacam-se nas falas as relações entre as diferentes classes profissionais, em que a comunicação é reflexo de relações hierárquicas cunhadas em um contexto histórico cultural em que se está inseridos. Também pode-se observar que a qualidade da mensagem a ser passada ou ainda, a intensidade do ruído no processo, parece ser compreendida como diretamente proporcional a representatividade que a formação profissional tem no contexto sócio cultural destes profissionais.

O processo de comunicação precisa ser pensado como inerente ao ser humano, parte de sua realidade existencial e ontológica, enquanto diálogo tem

compromisso político com a mudança revolucionária na perspectiva dos oprimidos. Resumidamente deve ser vista como uma relação social contextualizada e histórica, fruto da ação cultural em busca da liberdade em uma relação dialógica do eu-tu no processo histórico do contexto de diferentes interesses entre as classes sociais (FÍGARO, 2015).

Com isso, é necessário que se pense na execução do cuidado e as ferramentas que o instrumentalizam, como pertencentes a realidade contruída por cada profissional enquanto ser humano, sob a ótica do Cuidado Ontológico. Isto é, para Heidegger (1986), em primeira instância, que o homem sempre cuida, mesmo nas relações de desprezo e descuido, ocupando um lugar fundamental na existência humana. Sendo assim, a execução do cuidado tem interdependência com a existência que o sustenta, então não se pode fazer referência a qualquer ação humana no mundo sem considerar o Cuidado em seu sentido ontológico.

Dessa maneira, é necessário pensar o processo de comunicação, como ferramenta ao instrumentalizar o cuidado, e que essa seja resultante da trama de representações e vivências de cada profissional, o que ratifica as falas discutidas anteriormente.

Nesse eixo, ainda ao lembrar Heidegger (1986), o homem lida com os instrumentos no mundo que o circunda e faz disso sua ocupação. No cuidado em saúde esses instrumentos passam a ser considerados como “coisas”, a exemplo da comunicação. O processo de comunicação passa a ser visto justamente a partir de seu uso, sua instrumentalidade, e sua finalidade. Porém, ao desconsiderar o que conecta os eixos do cuidado, isto é o profissional em saúde, as intervenções passam a regular, disciplinar e controlar os corpos, tem-se como resultado temos um cuidado meramente intervencionista, autoritário e fragmentado.

NO: As passagens de plantão acontecem apenas com a presença de enfermeiros e técnicos de enfermagem, demais profissionais realizam passagens de plantão em salas e horários diferentes. [Diário de campo, jul/2019]

NO: Espaços de troca entre os profissionais, como os rounds, não ocorrem em todos os turnos. Porém, é possível observar que, quando esses são desenvolvidos, há profissionais que não se sentem confortáveis em participar da partilha de informações. [Diário de campo, jul/2019]

NA: No desenvolvimento de minhas atividades na assistência percebo que as informações partilhadas em espaços como rounds e reuniões da unidade de produção se perdem, isto é, não chegam a todos os profissionais da equipe. A informação não mantém um trajeto padrão entre o emissor e o receptor, o que interfere na qualidade e representatividade da ação entre os membros da equipe.

Como exposto nas Notas de Observação e Notas de Assistência, do diário de campo, é possível compreender que, mesmo que tenha representação para a equipe, a passagem de plantão é feita de forma fragmentada e sem a presença de todas as classes profissionais. Ademais pode-se inferir que, mesmo que proporcionados espaços de trocas e discussão como nos rounds, o contexto de representação sócio-cultural das profissões parece agir sobre o processo de comunicação, nem todos os profissionais sentem-se confortáveis à contribuir com este momento. Por outro lado, com esses momentos a equipe consegue realizar pactuações de forma mais homogênea, sendo assim é preciso pensar nos rounds como instrumentos de apoio e qualificação do trabalho em equipe, e que estes estejam presentes em todos os turnos, respeitando uma lógica padrão de execução a fim de uniformizar o planejamento e a informação entre equipes.

Aqui destacam-se os rounds interdisciplinares como qualificadores da comunicação e, como preditores da sua eficácia entre os membros da equipe, mesmo que ainda represente um grande desafio. Os rounds interdisciplinares, quando bem estruturados, podem contribuir com o processo de comunicação entre os membros da equipe, aprimorando a assistência e reduzindo os eventos adversos da mesma (GUZINSKI *et al.*, 2019).

Por outro lado, a utilização do round enquanto modalidade de comunicação, instiga a necessidade de intervenções no ensino de profissionais de saúde, uma vez que ainda se trabalha com o modelo médico centrado. Sendo assim, sob o prisma interdisciplinar é possível conquistar maior interação entre os saberes profissionais, e promover uma maior participação dos membros envolvidos no cuidado, de acordo com seu nível de competência específico e complementar (GUZINSKI *et al.*, 2019).

Com isso, é preciso retomar a comunicação como algo para além de ser inerente à natureza humana, ela deve ser vista como uma relação social contextualizada e histórica, ou ainda como a ação cultural para a liberdade (FREIRE, 1971). Sendo assim, o processo de comunicação quando pensado de forma democrática, leva o profissional a perceber-se inserido em um processo histórico,

refletindo seu papel, para além de peça do sistema de saúde que repassa informações, e visualiza-se como sujeito construtor de um cuidado de qualidade (FREIRE, 1979).

Ainda segundo Freire (1979), a comunicação interprofissional precisa, então, ser construída sobre a lógica do diálogo, em que a comunicação efetivamente ocorre de forma horizontal. Através de um método ativo, com a contribuição de um profissional crítico e que gera criticidade durante a passagem de informações. E com o esforço mútuo na busca de uma assistência de qualidade, também com empatia entre os membros da equipe, aí se constói o diálogo, e há uma comunicação eficaz, tão importante na construção dos rounds.

Nesse panorama, a fim de que a comunicação verbal seja eficaz é necessário que se tenha clareza nas mensagens transmitidas e para que isso ocorra é fundamental ter uma linguagem, escrita ou falada, de forma homogênea entre os indivíduos envolvidos no processo. Também é preciso uma padronização das informações, pois é imprescindível que haja entendimento entre quem ouve ou lê, tornando assim o processo comunicativo efetivo (BROCA; FERREIRA, 2012).

A seguir encontram-se trechos das entrevistas que explicitam a necessidade de uniformizar a linguagem no processo de comunicação. Destacam-se como fatores para o sucesso na construção de uma comunicação efetiva a linguagem equânime e equilibrada, de forma que todos os profissionais possam receber a mensagem e compreender a informação sem ruídos.

Como o trabalho é feito por profissionais de diversas áreas, como o profissional de uma área vai entender o que a outra área diz, questão de abreviatura, se não está bem especificado, não tem como saber. Pode ser óbvio para mim, mas não pode ser óbvio para outra pessoa, acho que o conhecimento na área da saúde é enorme [...]. [P10]

Acho que às vezes, em alguns momentos, acredito que a falta de base teórica, uma coisa que dificulta muito a comunicação, porque acaba banalizando informações que seriam importantes e relevando algumas que não seriam de tanta importância. [P05]

Eu acho que a gente deveria ter mais reuniões de equipe, a comunicação falha aí, porque, como uma das coisas que eu acho diferente dos lugares onde trabalhei, é que a equipe não fala a mesma linguagem, e isso para mim é, é, meio difícil assim [...]. [P08]

NA: Acredito que protocolos e documentos de padronização de siglas e abreviaturas são necessários para manter registros escritos inteligíveis a todos os profissionais da unidade, estes são discutidos junto da unidade de produção. [Diário de campo, ago/2019]

É possível perceber a necessidade de padronizar na execução do processo de comunicação seja ele nos registros escritos, através de evoluções e check-lists, ou nas padronizações da assistência através de protocolos, a fim de equalizar as informações. No que tange à comunicação oral, os encontros regulares de membros da equipe, para discussão de rotinas de trabalho, também são vistos como forma de uniformizar a informação, facilitar a comunicação e qualificar a assistência.

Como barreira à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde ainda encontra-se o silêncio organizacional, ou seja, este ocorre quando os colaboradores retêm ideias, opiniões e informações relacionadas ao trabalho, apesar de ocorrer individualmente, é um fenômeno coletivo que envolve também as relações deste empregado com seus pares, superiores e as crenças presentes na cultura da organização na qual está inserido. E, ainda a dificuldade dos profissionais se expressarem frente aos seus colegas de trabalho também tem sido considerada uma barreira para a comunicação e o trabalho em equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Nas falas a seguir estão P11 relatadas duas situações que criam ruído nas informações, ou ainda interrompem o fluxo de informações entre os membros da equipe.

Às vezes vem pessoas de outro setor avaliar o paciente e acabam não passando para a equipe da enfermagem, principalmente as intercorrências, acabam só passando de um médico para outro e se a gente quiser as informações a gente tem que buscar, então eu acho que ainda tem déficit na comunicação. [P11]

Eu acho que, dependendo das classes profissionais há uma comunicação boa, tranquila, acessível, e também dependendo as vezes é um pouco complicada. O acesso, por exemplo, se tu quer conversar com o médico, mas sabe que ele tá no descanso, alguma coisa, ou gera algum constrangimento, tu deixa aquela informação para depois, pensa: "ah não é tão relevante para agora", então é uma comunicação boa, mas que poderia ser melhor. [P17]

Esses depoimentos reforçam que, na compreensão dos participantes, a comunicação encontra mais dificuldade de ocorrer entre categorias profissionais, o que não deveria acontecer, uma vez que todos precisam trabalhar em conjunto para manter a qualidade da assistência prestada ao neonato.

Vale destacar que se as pessoas não expressam suas preocupações, os problemas que observam permanecem, uma perspectiva normativa de silêncio é

reforçada e os membros da organização tornam-se menos comprometidos (MAXFIELD *et al.*, 2013). Nessa perspectiva, é importante ponderar a necessidade da construção de um trabalho coletivo, que facilite a comunicação, que permita que todos tenham voz dentro do processo de trabalho, garantindo que cada integrante compreenda seu papel e sua responsabilidade profissional com a segurança do neonato.

Os participantes destacam a necessidade de sistematização e espaços de trocas para que a assistência se torne mais segura, representados nas falas de P02 e P08, onde pode-se inferir que o profissional sente a necessidade da execução do processo de comunicação de forma uniforme e contínua, que permita a participação e discussão entre os membros da equipe, a fim de aparar arestas e conduzir a informação sem falhas no processo.

[...] a falta de comunicação e a falta de reuniões, e de um representante em si para divulgar as coisas faladas nas reuniões [...]. [P02]

[...] eu acho que a gente, que todo mundo deveria falar uma mesma linguagem, e para isso a gente teria que se reunir mais, entendesse, conversar mais, e aí eu falo em interdisciplinar [...] são coisas que podem ser sanadas facilmente, desde que a gente tenha a oportunidade de conversar, dizer: olha, faz desse jeito, ou dizer vamos começar adotar isso, é difícil no início, vamos implantar isso, vamos ver como é que funciona', essas coisas que eu sinto falta [...]. [P08]

Nessa conjuntura, há necessidade de instrumentalização da comunicação dos profissionais de saúde, quiçá desde os bancos da academia. Visto que urge a necessidade de reavaliação dos currículos, incorporação dos conceitos de Segurança do Paciente e do desenvolvimento de competências específicas, visando à educação dos graduandos com oportunidades para o desenvolvimento da prática interdisciplinar. Destaca-se aqui a compreensão do processo de comunicação como preditor de uma assistência de qualidade e que garanta a segurança do paciente (BOHOMOL, 2019).

Outro ponto a se reforçar é o da continuação deste processo por meio da Educação Permanente, de forma a responder às necessidades e demandas propostas pela instituição e pelo Sistema Único de Saúde. Com base nas falas já expostas emerge a necessidade de incorporação da educação em saúde e da comunicação no relacionamento entre trabalhadores, para que exista a produção de

uma comunicação que valorize, com maior propriedade, as demandas e necessidades do setor e dos pacientes (COREOLANO-MARINUS *et al.*, 2015).

A equipe de profissionais reforça, em suas falas, a necessidade de uniformizar a linguagem através de ações para educação continuada em neonatologia. Consequentemente direcionando, padronizando e adaptando as informações à especificidade da área.

Na verdade tem que ter uma equipe bem formada, bem qualificada, sabendo realmente o que faz [...]. [P01]

Mais recursos, equipe mais capacitada. Ter mais equipamentos adequados. [P03]

[...] se há falha na comunicação, há falha no aprendizado, há falha no seguimento, essa falha pode não ser só técnica, mas pode ser de relação interpessoal [...]. [P08]

[...] tem que ser aberta, tem que ser tudo muito bem conversado, muito bem explicado, para que não haja nenhum erro por falta de comunicação. [P13]

A partir das falas dos partícipes destaca-se a relação direta entre reforço de conhecimentos, através de atividades de educação continuada e momentos de diálogo para reforço de condutas entre os membros da equipe, com a qualidade do processo de comunicação na execução da assistência. Sendo assim, essa ferramenta serve para que o profissional consiga reciclar conhecimentos, ampliar suas competências, métodos assistenciais, ferramentas técnicas e ter atualizações periódicas a fim de acompanhar os avanços, os quais podem levar ao sentimento de insegurança no enfrentamento das rotinas em UTI neonatal (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2019).

Sendo assim, é possível pensar o processo de comunicação ainda com barreiras para sua execução. Estas devem ser discutidas com a equipe e compreendidas em sua gênese, bem como no que tange à reflexão acerca dos processos envolvidos no trajeto do emitir e receber uma informação. Desse modo é necessário se desfazer da análise simplista da comunicação, e pensá-la como produto de um contexto no qual os profissionais encontram-se inseridos.

Portanto é necessário, inicialmente, que cada profissional compreenda sua importância no engendramento de uma comunicação eficaz, em vistas da segurança do neonato. Só assim será possível uniformizar o veículo, utilizado para comunicar, a partir de rotinas institucionais e padronizações. Ou seja, é preciso que a equipe

compreenda a importância do fator humano na construção de um diálogo, e do reflexo desse na comunicação a fim de qualificar a assistência, através de uma corresponsabilização de cada membro da equipe de saúde.

7.3 Segurança do paciente em UTI neonatal: percepções ou compreensões dos profissionais

Neste capítulo será abordada a temática segurança do paciente internado em unidade de terapia intensiva neonatal. A fim de conceitualizar o tema a partir das falas e percepções dos profissionais que lá exercem suas atividades e, assim, destacar a importância destas vivências, padrões de comportamento, modos de agir e pensar para a segurança do paciente.

Em consonância ao estipulado pelo Ministério da Saúde, em documento que regulamenta a Política Nacional de Segurança do Paciente, os profissionais destacam que promover a segurança do paciente é reduzir ao mínimo aceitável os danos desnecessários decorrentes da prática assistencial em saúde (BRASIL, 2013a). A partir das falas a seguir, é possível concluir que os participantes deste estudo conhecem dos conceitos intrínsecos às políticas de segurança do paciente.

Segurança é eu manter sempre o bem estar dele, para ele não correr nenhum perigo [...]. [P07]

Para mim é tudo que tu faz para minimizar [...] tudo que tu consegue fazer, para minimizar os danos [...]. [P08]

Acho que para mim segurança do paciente neonato, é que os processos sejam bem definidos [fazendo referência aos processos assistenciais, tais como: técnicas, protocolos, etc,] [...] Que a gente possa minimizar os efeitos adversos que podem ocorrer. [P10]

Eu entendo por segurança do paciente as ações então que visam o paciente em não sofrer nenhum dano adverso. Então, assegurar que o paciente vai ir para um exame externo sem sofrer algum dano, algum dano secundário à assistência, porque às vezes infelizmente acontece. Então, entendo isso como segurança do paciente, evitando danos adversos a assistência. [P11]

É que não haja nenhum fator que provoque piora ou agravamento do seu estado, por algumas coisas que os profissionais, ou a própria instituição possa fazer para o paciente. [P14]

Na UTIN existem diversas circunstâncias que permeiam riscos aos pacientes, por isso, incidentes de segurança, com ou sem danos, podem ocorrer independente

da intenção dos profissionais. Assim, estabelece-se como segurança do paciente a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Além disso, é preciso compreender que no contexto da atenção à saúde de neonatos sob cuidado intensivos os riscos são ainda maiores. Já que esses pacientes são assistidos por diversos profissionais e expostos a um número muito maior de procedimentos diagnósticos e de tratamento, além de permanecerem por tempo mais prolongado no ambiente hospitalar. Esses fatores aumentam significativamente as chances de sofrerem as consequências de um erro (GOMES *et al.*, 2017).

Apreende-se que a equipe multiprofissional configura a segurança do paciente como o conjunto de medidas a serem tomadas, durante a execução da assistência, com a finalidade de reduzir ao mínimo aceitável os eventos adversos do cuidado. Como também, pode ser descrita como toda a assistência prestada de forma padronizada e integrada entre os membros da equipe, como se pode ver nas falas de P04 e P17:

Olha, segurança do paciente neonato, acredito que seja a realização de todas as intervenções que são feitas com ele, de todos os profissionais, quaisquer que sejam, de forma organizada, o máximo padronizada possível, e debatida com a equipe, é, e que seja feita com todos. [P04]

Segurança, é, eu acho que assim, todo mundo realizando as práticas preconizadas, tendo um bom entendimento do que é necessário para cada caso. Obedecendo as restrições de cada paciente, a comunicação faz uma boa parte disso para todos os profissionais conhecerem as necessidades de cada criança. [P17]

Nas falas de P04 e P17 pode-se observar que estes compreendem segurança do paciente como um conjunto de medidas, fruto de esforço coletivo da equipe de saúde, em busca de um cuidado de qualidade. Reforçando o conceito de segurança do paciente apresentado pela OMS (2009), e ratificado pelo Ministério da saúde em 2013, que o define como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente.

No que tange à segurança do paciente internado em UTI, através da fala de P05, pode-se destacar que também devem ser levadas em consideração as particularidades do setor. Nesta unidade as medidas de segurança do paciente

passam a abarcar os cuidados com o ambiente (ruídos, temperatura e luminosidade), além do manejo da dor. Em neonatologia é necessário pensar a assistência de forma a evitar eventos adversos da assistência com repercussões futuras, isto é, que interfiram na qualidade de vida do paciente em idade escolar e adulta.

Acho que não é uma coisa ainda muito clara para todo mundo, tem muita coisa que passa despercebida, mas, não sei, acho que com o neonato é muito fácil cometer iatrogenias com eles [...] às vezes são coisas mínimas do dia a dia a gente acaba levando, fazendo uma exposição que a gente [...] às vezes as pessoas não tem noção o quão aquela atitude simples está expondo e o que aquilo pode levar mais adiante para aquele paciente, porque são pacientes que qualquer coisa pode levar a uma sequela imediata, como uma sequela lá para frente, como na vida escolar, na função psicossocial dessa criança. [P05]

Ao aprofundar o raciocínio de P05, é possível refletir acerca dos reflexos da assistência ao neonato, em especial ao prematuro.

Mesmo que a permanência em Unidade de Terapia Intensiva seja considerada essencial à manutenção da vida, esse ambiente também traz a exposição constante à estimulação excessiva, tais como: ruídos, luminosidade, procedimentos dolorosos, entre outros, em crianças neurofisiologicamente imaturas, o pode desencadear alterações motoras e hemodinâmicas (ARAÚJO; EICKMANN; COUTINHO, 2013). Sendo assim, os pacientes com as menores faixas de peso e idade gestacional são susceptíveis a apresentar deficiência a longo prazo, tendo como agravante a ocorrência de complicações no período neonatal (GRAVE; SARTORI, 2012).

Por isso, conhecer o significado da temática pode ser o primeiro passo para identificação da cultura de segurança no ambiente de trabalho, além contribuir para a transformação de práticas assistenciais no período neonatal. Consequentemente, essas medidas impactam na redução dos riscos e dos danos, qualificando o cuidado ao neonato com vistas ao desenvolvimento e à vida futura (GAVIA; RONDON; JESUS, 2017).

Nessa conjuntura, pode-se afirmar que a segurança do paciente não deve, então, ser abordada como algo individual ou de certa categoria profissional, mas sim como resultado de um processo que envolve uma transformação para além da pessoa, que envolva a instituição como um todo. Para isso se tornam necessários debates e pactuações de estratégias com foco na assistência segura e a

implementação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). A necessidade de manter uma fluidez nas informações e de discutir rotinas pode ser evidenciado nas falas dos participantes o que reforça o exposto anteriormente.

Na verdade tem que ter uma equipe bem formada, bem qualificada, sabendo realmente o que faz. Tem que vir as informações passadas corretamente assim, na hora certa também. [P01]

A garantia seria mais comunicações [...] mais comunicação, falar mesmo um com o outro. [P02]

A relação é tudo, para segurança do paciente [...] ela é a peça chave, ela é fundamental. [P15]

Os profissionais destacam a necessidade de uma boa relação e de uma comunicação efetiva para que seja possível reduzir os eventos adversos, a fim de manter a segurança do paciente. Salientam que a segurança do paciente deve ser o carro chefe no planejamento e construção de ações que envolvam a equipe. Neste sentido ressalta-se a importância da uniformidade da linguagem, fluidez de informações e fluxos de forma universal a todos os membros da equipe.

Pesquisa realizada no Brasil, constatou que os eventos adversos da assistência estão associadas ao gerenciamento e gestão dos serviços de saúde, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, relacionamento entre equipes, falhas de comunicação e falta de continuidade da atenção prestada (CAPUCHO; CASSIANI, 2013). Além disso, outro estudo destaca as deficiências em estrutura física, falta de insumos e artigos médico-hospitalares que atendam às necessidades específicas dos pacientes neonatos, como fatores que aumentam a probabilidade de eventos adversos da assistência (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Esta preocupação está presente nos depoimentos dos profissionais da UTI neonatal ao falarem sobre segurança do paciente, como se pode ver a seguir:

Ter mais segurança para o paciente seria ter acesso a mais recursos, equipes mais capacitadas. Ter mais equipamentos adequados. [P03]

Segurança do paciente é um conjunto, é uma abordagem, são vários passos, digamos assim, que correspondem a segurança [...] a utilização dos equipamentos de proteção individual, o uso de equipamentos, de medicações corretas. [P06]

NA: É possível observar profissionais, de todas as categorias, desconfortáveis com a falta de alguns equipamentos. Fato que é

amplamente discutido entre as equipes, percebo dificuldade de planejamento e continuidade terapêutica por falta de alguns materiais, sendo os mais citados: sensores de oximetria, incubadoras que realizem todas as funções, fluxômetros de oxigênio próprios para neonatologia, etc. [Diário de campo, jun 2019]

Os depoimentos anteriores destacam que a segurança do paciente é de grande relevância no contexto em que estão inseridos, eles reconhecem que a pauta vai além da execução segura do cuidado e, ressaltam a necessidade da utilização de equipamentos tecnológicos e medicações adequadas para a assistência neonatal.

Do ponto de vista gerencial, é importante compreender que erros acontecem principalmente devido às problemáticas no sistema organizacional, e não somente porque os profissionais cometem erros. É fundamental identificar as fragilidades existentes no processo, adotando-se medidas preventivas, pois reconhecer a real dimensão dos problemas será uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança do paciente (REASON, 2009).

Sob esta ótica, os partícipes fazem referência à carência de materiais e equipamentos que se adaptem às necessidades do setor e dos neonatos, o que vai ao encontro ao estudo de Duarte *et al* (2015) que nos traz os recursos materiais como uma das categorias de fatores que refletem na qualidade da assistência. Essa categoria engloba a falta de equipamentos e presença de aparelhos com defeitos e de péssima qualidade (DUARTE *et al.*, 2015). As instalações da UTI quando fora dos padrões e a falta de capacitação dos profissionais são, igualmente, situações que colocam em risco a segurança do paciente (COSTA, 2015).

Segundo Tomazoni *et. Al.* (2014), os fatores de risco que predispõe erros durante a assistência, são: fatores relacionados às condições do ambiente de trabalho, aos insumos materiais e à escassez de funcionários.

Para além disso, os profissionais descrevem a segurança do paciente como um fenômeno singular, que depende da percepção, interpretação e das construções de vida de cada profissional. Infelizmente, ainda encontram-se carências ao compreender a temática, no que tange às peculiaridades do cuidado ao neonato, em especial o prematuro. Esse fato pode ser percebido já que nem todos os profissionais que atuam em UTI neonatal possuem experiência na área, sendo esta compreensão construída de acordo com adaptação do profissional ao setor, como

destaca na fala P08, no que tange, ainda, a falha na busca por cuidados neuroprotetores.

Para mim é [...] tudo que tu consegue fazer né, para minimizar os danos, e mesmo assim a gente fica observando que a gente não consegue ter um resultado tão bom quanto a gente gostaria, tem várias coisas que são falhas na assistência da gente mesmo, acho que a gente faz muito ruído, muito barulho, né, e só isso já é um fator que interfere. [P08]

Por isso, a assistência segura em neonatologia deve ter como foco as necessidades do paciente, respeitando sua individualidade e dignidade como ser humano, considerando suas limitações e imaturidade fisiológica. Concomitantemente, adequar o ambiente às suas necessidades e especificidades, usar técnicas apropriadas de manuseio e tecnologias que reduzam os efeitos nocivos ocasionados pelos procedimentos ou pela internação (LÉLIS et al, 2011).

Essa nota também faz parte dos comentários tecidos pelos profissionais quando a pauta é segurança do paciente. Denominado por alguns de “conforto do paciente”, o manejo do neonato e o respeito a sua individualidade são pontuados como fatores que atuam diretamente na qualidade da assistência, e por consequência na probabilidade de erro relacionados a mesma.

Bom, o conforto do paciente, que é uma coisa que eu acho que falta um pouco aqui na UTI, porque o paciente é muito manuseado eu acho pelo menos. Vai um e mexe, vai outro e mexe, é claro a gente sabe que é um hospital de ensino e vai ter um monte de estudante, mas eu acho que é muito manuseio e isso também atrapalha o conforto do paciente, acho que é mais ou menos isso. [P01]

Acho que em primeiro lugar ter um compromisso com o trabalho que a gente tá executando, algum cuidado com aquele paciente, integral, num todo, tanto do paciente quanto da família também, eu acho que a segurança em primeiro lugar é competência técnica e o compromisso com o trabalho que tu tá fazendo. [P13]

Ao analisar a fala de P01, faz-se necessário a reflexão no que tange a característica da instituição como hospital de ensino. Nesse momento é preciso pensar, antes de tudo, na segurança do paciente e qualidade do cuidado prestado. Sendo, então, necessário que se reforcem os esforços em busca da importância da temática nos bancos das academias.

Assim, para se considerar o cuidado efetivo é necessário que ele seja individualizado, humanizado e seguro. Como destacado na fala do P05, é preciso ter

uma observação acurada do comportamento e das respostas fisiológicas do neonato em prol de seu desenvolvimento. Manter suas ações embasadas em conhecimentos técnico-científicos atualizados, além de preparo e capacitação para prestar uma assistência de qualidade (FONTANELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Em neonatologia intensiva, as condições clínicas do paciente influem diretamente na ocorrência de eventos adversos do cuidado, principalmente em pacientes em estado grave, dada sua instabilidade e necessidade de intervenções (SOUSA et al., 2013). Os pacientes em Unidades de Terapia Intensiva são particularmente os mais vulneráveis a essas complicações, este ponto também é ressaltado pelos profissionais durante a entrevista.

Precisa-se que as pessoas compreendam a representatividade de suas ações para a vida do paciente [...] às vezes é uma pequena atitude que pode levar a uma seqüela imediata ou lá na vida escolar, lá pra frente [...] Com neonato tem que se pensar em toda a função psicossocial dessa criança e como vai ser a vida dela futuramente. [P05]

Além de destacar a importância da compreensão das vulnerabilidades e particularidades do neonato, sob cuidados intensivos, através das falas mencionadas é possível perceber a preocupação com a representação desses eventos adversos na qualidade de vida do paciente. Já que ao cuidar de um neonato deve-se pensar nas implicações que as ações em saúde terão na vida futura do mesmo.

É comum que os profissionais reflitam a necessidade de incentivo para a comunicação de eventos a fim de desenvolver conjuntamente estratégias de prevenção de erros e promoção de uma cultura de segurança, como também a necessidade de capacitação e atualização sobre a segurança do paciente (TOMAZONI et al., 2017).

A equipe destacou que para garantir a segurança do paciente ou reduzir os eventos adversos, há necessidade de espaços de troca, reforço da comunicação e a implementação de protocolos e padronizações como critérios qualificadores da assistência ao neonato.

A garantia seria mais comunicações, uma evolução bem clara, uma prescrição também bem clara, e mais comunicação, falar mesmo um com o outro. [P02]

Acho que para mim segurança do paciente neonato, é que os processos sejam bem definidos, acho que é importante que se tenha protocolos. [P10]

Segurança, é todo mundo realizando as práticas preconizadas, tendo um bom entendimento do que é necessário para cada caso. Obedecendo as restrições de cada paciente, a comunicação faz uma boa parte disso pra todos os profissionais conhecerem as necessidades de cada criança. [P17]

NO: Observo que pela manhã, quando há rounds interdisciplinares, o acesso a informação e a pactuação é mais eficiente. Porém, mesmo que passada em trocas de plantão a informação não consegue manter a mesma consistência com o passar das horas. Mesmo quando o round é desenvolvido à tarde, como não há a participação de todas as classes profissionais, as pactuações não tem a mesma representatividade. [Diário de campo jun/2019]

Nesse prisma, os rounds interdisciplinares quando estruturados e utilizados como qualificadores do trabalho em equipe, são recursos que favorecem a comunicação entre membros da equipe, já que podem reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital e melhorar indicadores de qualidade. Através desse artifício, é possível facilitar a integração da equipe que presta o cuidado ao neonato, bem como uniformizar as informações necessárias para o cuidado seguro. Percebe-se que o planejamento sistemático de ações interdisciplinares pode ser considerado modelo de boas práticas no campo da saúde, especialmente, no que se refere à comunicação efetiva (GUZINSKI *et al.*, 2019).

Por outro lado tem-se os erros na administração de medicamentos, que são percebidos com considerável representatividade ao explorar a segurança do paciente neonato. Nesse sentido, os eventos adversos são complexos, envolvendo múltiplas etapas da terapia medicamentosa e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde. Percebe-se preocupações que vão do registro adequado, passando pelo preparo e administração do medicamento.

Medicação e essas coisas também, é uma coisa que se já está prescrito tu tem que ir fazendo logo, aprazar e fazer logo, não dá para esperar. Antibiótico e essas coisas, o Alprostadil [Fármaco vasodilatador, usado provisoriamente em cirurgias de neonatos com deficiências cardíacas do nascimento] mesmo a gente sabe que é na hora que tem que fazer não dá para ficar esperando [...]. [P01]

Segurança dele inclui tudo, também administrar medicação certa, no horário certo [...]. [P07]

Acho que tudo, desde a lavagem das mãos, todos os cuidados, a questão de administração de medicamento, de cuidado neuroprotetor, tudo que tu consegue para minimizar os danos [...]. [P08]

Eu acho que o escrito, porque rotina de todo mundo pegar e ler, eu penso que você falar é uma forma de você reduzir a chance de que o que está escrito não ser cumprido, eu acho que é uma reafirmação. Na prescrição por exemplo, tem o nome do paciente né, ali já tem o registro do paciente, o leito. Eu acho que segurança é isso [...] as prescrições são a dosagem correta, eu acho que é isso. [P09]

Então, não é só do neonato, para mim a segurança de um paciente sobre os cuidados de uma equipe médica, consiste num bom diagnóstico, num bom plano terapêutico, e principalmente, na boa execução daquilo que se foi proposto. Não adianta melhor diagnóstico, certeza do diagnóstico, com uma execução errada. [P16]

Através das falas mencionadas ratificam-se o conceito anteriormente discutido. Está presente no contexto de segurança do paciente, de forma marcante, o erro na administração de medicamentos, já que em neonatologia intensiva é constante a utilização de uma ampla gama de fármacos e em doses pequenas. Os profissionais mostram preocupação com a correta execução da técnica, dose correta, toxicidade da droga e interações medicamentosas.

Nesse prisma, é possível afirmar que os erros de medicação, tão frequentes nas instituições de saúde, têm oito vezes mais chances de ocorrer em UTIs neonatais do que nos demais pacientes internados. Eles estão relacionados à vários fatores preditores, quando se fala em neonatologia, tais como a estrutura física relacionada aos fármacos, armazenamento, quanto na categorização, e a falta ou incompatibilidade de rotinas e protocolos (GUZZO *et al.*, 2018).

O processo em que se desenvolve o ato de medicar é complexo, nele atuam médicos, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, e executam funções interdependentes. Sendo assim, uma pequena falha em um dos processos, destacando o de comunicação, interfere neste conjunto de atividades, trazendo transtornos à equipe e ao paciente (BRASIL, 2013).

Desse modo, cabe às equipes e a instituição planejar e executar estratégias eficazes que estruturam o processo e auxiliem os profissionais na prevenção de eventos adversos decorrentes da administração de medicamentos. No contexto do estudo destacam-se os protocolos e procedimentos operacionais padrão, que devem estar atualizados e ser divulgados para os profissionais, além disso são necessárias ações de educação permanente em uso seguro de medicamentos e uma política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo (BRASIL, 2013; PAIM *et al.*, 2016).

Também presente, de forma marcante, nas falas dos profissionais está a higiene das mãos como medida de redução aos eventos adversos da assistência. Neste ponto é ímpar reforçar que a busca pela segurança do paciente requer o reconhecimento da responsabilidade individual por ações capazes de qualificar a assistência, com destaque a higiene de mãos (KINGSTON; O'CONNELL; DUNNE, 2016). Já no que tange ao desempenho da melhor prática, considerando que o sujeito moral sente-se obrigado a agir por determinadas regras, espera-se do profissional de saúde atenção à pertinência de suas decisões e ações no exercício de sua função para o alcance do melhor resultado possível (BELELA-ANACLETO; PETERLINI; PEDREIRA, 2017).

Apresenta-se as falas:

Para mim é tudo que tu faz para minimizar, acho que tudo, desde a lavagem das mãos, todos os cuidados [...]. [P08]

Acho que para mim segurança do paciente neonato, é que os processos sejam bem definidos, acho que é importante que se tenha protocolos, a questão de higiene, o que pode ou não pode ser feito dentro do local. [P10]

NA: A higienização das mãos é controlada por relatório mensal do CCIH, sendo assim a equipe visualiza e valoriza estas medidas. Além de atuar junto aos profissionais que vem de fora da unidade e, junto dos pais orientando a higiene das mãos. Acredito que a atuação de outros serviços da instituição junto à unidade, no que tange à segurança do paciente, a pesar de causar inicialmente estranheza da equipe, auxilie na adesão de algumas medidas a exemplo da higiene de mãos. [Diário de campo, jul/2019]

Pode-se ainda grifar, na fala do P09, a associação da identificação do paciente a redução de erros decorrentes da assistência.

[...] a identificação, então a pulseirinha do bebê, antes de você fazer o procedimento, checar, paciente correto, no momento correto, no local correto e com procedimento correto [...]. [P09]

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura que o mesmo é destinado a determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesá-lo (BRASIL, 2011). Então, os erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento como ressalta P09. Logo, alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como:

estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente (BRASIL, 2013).

Por fim, vale destacar os 6 passos do Ministério da Saúde para uma assistência segura, presentes na portaria 529/2013, sendo eles: identificar corretamente o paciente; melhorar comunicação entre profissionais de saúde; melhorar segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão. Esses aspectos foram quase que em sua totalidade destacados pela equipe, apenas os cuidados com a prevenção de úlceras por pressão não foi abordado pelos partícipes.

7.4 A representatividade da comunicação para a segurança do paciente

A comunicação entre os profissionais deve ser considerada como “peça-chave” para o cuidado, ela foi descrita nas diretrizes de humanização do SUS já em 2008 (BRASIL, 2008). Nesse panorama, o componente comunicação vem sendo discutido e compreendido como pilar qualificador da assistência antes mesmo de se iniciarem as políticas para a segurança do paciente no Brasil. Sendo assim, esta ferramenta deve exercer o papel de protagonista quando associada ao cuidado, já que em suas diversas facetas pode ser considerado como um instrumento de significância humanizadora (BROCA; FERREIRA, 2012).

Em concordância com o disposto, é possível destacar nas falas dos profissionais esta compreensão inerente às reflexões sobre segurança do paciente e a comunicação entre os profissionais. Eles ressaltam a (co)dependência entre os dois processos, além de reforçar a interdependência relacional no que tange à qualidade, ou seja, quanto melhor for o processo de comunicação, mais qualificada será a assistência prestada e menor serão os riscos de expor o paciente a eventos adversos.

Por que se tu não tem uma comunicação bem feita, tu daqui a pouco deixa de fazer uma coisa que foi falta de comunicação literalmente. Se tu comunica certinho, tu vai prestar o atendimento certo na hora certa, de boa qualidade e tudo, tudo no bem estar do paciente, tudo para o paciente melhorar. E se não tem uma comunicação correta, aí perde no cuidado do paciente [...]. [P01]

Eu acho que a relação é totalmente, bastante intrínseca, porque se esse processo de comunicação for mais efetivo, ele vai atuar diretamente nessa segurança, seja no manuseio de medicamentos, seja no manuseio do próprio paciente, seja nas prescrições, nas definições de parâmetros ventilatórios, tudo isso que envolve o cuidado e, conseqüentemente, a segurança do paciente está relacionada com a comunicação. [P04]

É toda, é toda, porque se há falha na comunicação, há falha no aprendizado, há falha no seguimento, essa falha pode não ser só técnica, mas pode ser de relação interpessoal. [P08]

Eu acho que a comunicação efetiva é uma ponte entre a segurança do paciente [...]. Eu acho que tem que ter uma comunicação clara entre a equipe para conseguir a segurança do paciente, é importante que toda a equipe saiba o que são as ações de segurança do paciente [...]. [P11]

Acho que eles estão interligados, uma coisa leva a outra, a comunicação e segurança andam juntas. Se falha comunicação falha segurança. [P12]

Eu acho que é um papel essencial assim, porque é como quando tem alguma coisa nova sobre aquele paciente, então é muito importante que seja passado, para todo mundo ter um bom entendimento. [P17]

A partir dessas falas mencionadas é possível compreender que a comunicação, para além de ser uma das metas internacionais de segurança do paciente, implica diretamente em dano ao paciente quando ineficaz. Assim como pode ser caracterizada como uma falha no processo assistencial, envolvendo os mais diversos profissionais do âmbito hospitalar. Por outro lado, cabe destacar que os partícipes do estudo demonstram reconhecer a importância de uma comunicação efetiva para a segurança do paciente.

No cenário brasileiro a comunicação efetiva foi elencada como meta de segurança do paciente na Portaria Ministerial 529/2013, já que a comunicação e ao trabalho em equipe na área da saúde são determinantes na qualidade da assistência (BRASIL, 2013; LIEBER, 2014). A execução deste processo no desenvolvimento do trabalho da equipe multidisciplinar é determinante na prática do cuidado, e falhas de comunicação são consideradas um dos principais preditores para a ocorrência de eventos adversos da assistência em saúde (ARAUJO *et al.*, 2017; DUARTE; BOECK, 2015).

A compreensão dos mecanismos envolvidos no processo de comunicação efetiva entre os membros da equipe multidisciplinar pode contribuir para uma assistência humanizada e qualificada. Para tal é necessário estreitar laços de comunicação, de forma a desvendar e respeitar o ser profissional, favorecendo assim a compreensão contínua das vivências do paciente e do trabalhador. Já que o

homem se utiliza da comunicação como veículo para dividir experiências e modificar a si mesmo e o contexto em que está inserido (BARLEM *et al.*,2008).

As falas de alguns participantes é possibilitam perceber a preocupação com a padronização da informação passada, ou ainda de que esta seja uniforme entre todos os membros da equipe. Também foi destacado que os profissionais sentem que perdem tempo em busca da informação correta, já que a mensagem por vezes se perde durante a execução do processo de trabalho, porque não é compreendida por todos os membros da equipe, ou ainda porque não recebe a mesma importância de significado ao plano terapêutica do paciente.

E se não tem uma comunicação correta, aí perde no cuidado do paciente, por que tu fica, um fala uma coisa e outro fala outra coisa e aí aquilo que tão falando ainda tu poderia estar fazendo, mas não, tu ainda está buscando a informação certa do que realmente tem que fazer, e isso acontece muito aqui, cada um fala uma coisa. [P01]

A gente tem que se comunicar bem para fazer as coisas certas. Não pode ter dúvida naquilo, tem que ter muita transparência para não ter nenhum erro. [P07]

NO: Observo que, mesmo que aconteçam rounds em alguns turnos, muitas informações pertinentes à assistência do neonato são segregadas à áreas do conhecimento e não são repassadas. Como por exemplo, o que é alvo da fala de vários profissionais, a investigação diagnóstica do paciente. Reparo que a informação nem sempre chega a todos, e quando chega, por vezes, chega atrasada. O que aumenta a exposição de membros da equipe à alguns riscos, mesmo que reconheçam que as medidas de segurança do trabalhador devam ser tomadas sempre, e que os equipamentos de proteção individual devam ser utilizados de forma padrão. Ao lidar com o neonato a exposição a secreções corporais, por vezes, se dá de forma inesperada como a êmese e a diurese, veículos de transmissão de patógenos. Penso aqui que o repasse de informações não deva eximir o profissional de tomar os cuidados padrões, mas sim servir como alerta para redobrar a atenção durante a execução do cuidado, ou até mesmo como forma de qualifica-lo. [Diário de campo: jun 2019]

Ao refletir acerca das informações expostas, é possível perceber que para compreender o processo de comunicação, em seu âmago, é necessário de que se pense na importância da transversalidade durante a execução do mesmo. Como também é preciso de cada profissional se perceba como parte integrante de uma rede, formada pelas informações dadas e recebidas. Devendo essa ser valorizada e fortalecida por todos os integrantes da equipe de saúde, de forma uniforme e padronizada.

À luz dessas reflexões é preciso identificar o processo de comunicação em sua complexidade e nas suas várias facetas, já que esse é um fenômeno que possui componentes específicos. Sendo assim, deve contar com a constante busca da melhoria na compreensão e interação entre profissionais ao se comunicarem e se relacionarem enquanto equipe e indivíduos (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Alguns fatores têm sido considerados cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional, isto é, a compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (JOHNSON; KIMSEY, 2012). O que é ratificado no contexto da fala de P16, em que o processo assistencial parece fluir de forma vertical, em detrimento da articulação multiprofissional.

Um bom diagnóstico, se traça um bom plano terapêutico e aí se transmite isso de maneira errada para a equipe, não vai ser bem feito lá no fim. Porque nós tentamos passar constantemente para os nosso doutorandos, e os residentes, é a respeito disso, é a clareza e da facilidade de que se faça as coisas seguindo esse plano que a gente traçou. [P16]

Em consonância com Johnson e Kimsey (2012), destacam-se nos depoimentos de alguns profissionais, a necessidade de momentos de discussões entre os membros da equipe como reuniões e rounds, assim como a periodicidade e maior brevidade entre eles. Aqui também é possível ressaltar a importância das passagens de plantão e informações entre os profissionais da equipe, de forma a se destacar pontos pertinentes à assistência.

Passagem de plantão adequada, passar é as coisas graves do paciente, deixando de lado coisas sem interesse. [P03]

Comunicação também com a enfermagem para ver o que aconteceu de procedimento, antes da gente chegar no plantão. A outra coisa que eu ia dizer também da segurança, o round também é bem importante. [P09]

Nas falas de P03 e P09 percebe-se a importância da comunicação nas passagens de plantão entre os turnos, a fim de destacar o percurso clínico percorrido por cada paciente. Além disso, P09 salienta a necessidade de espaços para discussão multidisciplinar, a fim de traçar um plano terapêutico, através dos

rounds, ferramenta que possibilita a troca diária de informações e pactuações entre os membros da equipe.

A seguir é possível perceber a representatividade das reuniões em equipe para a padronização da assistência e na construção de uma comunicação eficaz entre os membros da equipe.

Para mim essas ações (de comunicação para a segurança do paciente) devem ser feitas através de reuniões, da educação permanente, da educação continuada. [P11]

NA: As reuniões de equipe geralmente não envolvem membros de diferentes formações, ou toda a equipe. Ambientes como os proporcionados pelas Unidades de produção permitem trocas ricas e de forma equânime entre as diferentes classes de profissionais. [Diário de campo, ago 2019]

As ações de educação continuada e reuniões de equipe têm destaque na fala de P11. Essas estratégias podem ser vistas também como oportunidades para uniformizar o processo de comunicação de forma programada, em que será oportunizado à equipe, planejar a assistência, padronizar e aperfeiçoar técnicas.

As reuniões podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos terapêuticos interdisciplinarmente, e definir claramente as ações e os seus responsáveis. A prática de reuniões pode proporcionar oportunidades ímpares para socialização e partilha do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Elas contribuem para readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis até o momento (VOLTOLINI, 2019).

A compreensão dessa rede complexa criada pelo processo de comunicação deve se dar junto à compreensão da singularidade de cada profissional que presta seus serviços junto da equipe. Antes de tudo é preciso que o trabalho em equipe seja entendido como horizontal. Na fala de P15 é possível observar que por vezes a informação se perde por não ser valorizada pelo receptor, isso se reforça quando o emissor pertence a uma classe profissional diferente.

É eu sinto assim na pessoa, que parece que a gente fala e não deu muita importância para aquilo que foi comunicado ali. E como dificuldade é a importância daquilo que tu tá passando. [P15]

O depoimento de P15 vai ao encontro da pesquisa realizada por Bagnasco et. Al (2013) que descreve entre as dificuldades encontradas por trabalhadores da área

da saúde, no que tange comunicação e trabalho em equipe, destacam-se as diferenças hierárquicas, relações de poder e conflitos no contexto do trabalho, como influências diretas ao modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe (BAGNASCO *et al.*, 2013).

A importância da interação entre os profissionais de saúde é visto como um desafio pela Política Nacional de Humanização, para que se possa produzir saúde e de forma qualificada, pois a humanização traz a melhora da interação nas equipes e a qualificação delas como uma forma de conseguir melhor lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Entre os principais desafios encontrados pela equipe multiprofissional em saúde estão: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento ou capacitação para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar. Esta rigidez da hierarquia, mesmo que como herança social, não permite criar um canal de comunicação efetiva com os diferentes níveis hierárquicos, já que não proporciona o compartilhamento das necessidades e dos erros pelos profissionais (ROWLADS; CALLEN, 2013).

Para romper com essa perspectiva cartesiana e vertical, é fundamental uma mudança paradigmática, que precisa ser trabalhada desde a formação, enfatizando respeito entre os diferentes saberes e profissões. Uma vez que o trabalho em equipe interprofissional é aquele que envolve diferentes profissionais, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde (IOM, 2015).

Por isso, para estabelecer o trabalho em equipe de saúde é necessário persistência, já que se trata de uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão. Para tanto é imprescindível que o trabalho desenvolvido pela equipe interprofissional seja compreendido em seu contexto social, político e econômico (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Isso pode ser ratificado através das falas dos partícipes ao serem questionados sobre as dificuldades encontradas no processo de comunicação entre os membros da equipe.

Eu acho que, na verdade, a dificuldade maior de comunicação é com os médicos, com a gente até tem um pouquinho, mas mais é com os médicos. [P01]

As dificuldades, eu acho que é um modelo ainda muito médico-centrado que o nosso hospital vive, a realidade, essa falha de sempre tentar apontar alguém que errou em algum momento, e a burocratização da assistência, os minutos contados para a gente passar plantão e o não entendimento da gerência em relação a isso. [P06]

Eu acho que a maior dificuldade são as vaidades pessoais, eu acho que já melhorou muito [...] Eu acho que é isso, acho que agora a gente está vivendo uma fase de transformação e de tentativa de respeitar os espaços e o grande conhecimento de todos, cada um dentro do seu tempo. [P08]

Eu acho que agora no momento que a gente está vivendo, a nossa comunicação melhorou bastante, na atual conjuntura a gente está se comunicando super bem, só de olhar a gente saber o que é o que, nem de todos os médicos a gente tem esse respaldo. Parece que o que eu estou dizendo é banal, não dão importância. [P12]

Eu acho que, apesar de ter a facilidade de uma boa comunicação entre a equipe, ainda existe uma certa barreira que ainda pode, ser assim, o conhecimento de um e de outro, digamos uma discordância [...] Sabe, então às vezes há uma coisa assim, que não tem uma padronização muito clara, as vezes complica. [P17]

Ao analisar os depoimentos anteriores, pode-se perceber que o processo de comunicação, entre profissionais da área da saúde, traz em seu arquétipo as estruturas da sociedade, apresenta uma organização definida por papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos que regulem essas ações. Sendo assim os membros da equipe multiprofissional trazem consigo ideologias e conceitos formados com base em suas vivências socioculturais, em que cada indivíduo desempenha um determinado papel e função dentro do sistema social, e as relações de autoridade, hierarquia, poder e status se fazem presente. Estes julgamentos acerca das relações influenciam o agir no sistema e na comunicação entre as pessoas (BROCA; FERREIRA, 2015).

No panorama deste estudo, pode-se perceber que a equipe demonstra maior facilidade em manter a comunicação, de forma eficaz, quando essa se dá entre profissionais de mesma categoria profissional. A fala de P06 confirma a representação cartesiana que o erro tem no desempenho da assistência, fato que

hoje em dia contribui para o atraso na consolidação da cultura de segurança do paciente.

Por sua vez, a comunicação demonstra extrema relevância neste processo interativo, entre os trabalhadores da área da saúde, e tem como finalidade a qualificação da assistência prestada. Sendo assim, o relacionamento interprofissional quando se torna frágil e pobre pode levar a falhas no processo de comunicação, com ruídos e barreiras que dificultam a execução do cuidado (COWIN; EAGAR, 2013).

Então, para que aconteça um processo de comunicação de forma efetiva, entre a equipe multidisciplinar, é necessário que se compreenda que a maneira de agir da fonte não ocorre independentemente da maneira de agir do receptor, ou a maneira de agir do receptor não ocorre independentemente da maneira de agir da fonte, ou seja, estes componentes são interdependentes em qualquer forma de comunicação (BERLO, 2003). Sob este contexto é possível afirmar que uma equipe que trabalhe com vínculos saudáveis, promove um ambiente de trabalho agradável para todos envolvidos nele, e favorece a reflexão e discussão sobre a prática profissional da equipe, consequentemente auxilia no alcance dos objetivos comuns ao grupo (THOFEHRN *et al.*, 2013).

Outro ponto destacado pelos participantes como ruído de comunicação é a qualidade dos registros, bem como a necessidade de compreensão de alguns membros acerca da importância da comunicação na forma escrita. Destaca-se aqui a fala de P16, que reforça este entrave no processo de comunicação com o fator desqualificador da assistência.

As grandes dificuldades que eu vejo na UTI não são próprias exatamente de fatores médicos ou de fatores de enfermagem, são as dificuldades das pessoas em se comunicar, de serem claras e também precisas, em anotar aquilo que foi falado, e transmitir de maneira documentada, quando eu te peço para fazer alguma coisa, tu tem que colocar o que eu te pedi, e quando tu fizeste o que eu pedi para fazer tu anota que foi feito, isso é simples. Quando chega alguém para substituir o plantão, tens que passar para aquela pessoa que foi feito isso, e eu por meu lado tenho que passar no plantão para quem vem me substituir que foi feito tal coisa e que efetivamente foi feito, mas isso não é com relação somente ao assunto técnico exatamente, são dificuldades das pessoas de fazer, comprovar que foi feito e, registrar que foi feito. Eu acho que a gente tem um pouco de desleixo em fazer isso, registrar o pedido e registrar a execução. [P16]

Os registros realizados em prontuários e check-lists para além de representar documentos legais, que poderão servir para defesa dos profissionais de saúde,

potencializam a segurança do paciente. Eles refletem todo empenho e, até mesmo, a força de trabalho na área da saúde valorizando suas ações na assistência ao neonato. A verificação e comparação dos registros da equipe multiprofissional é um método para se obter informações de maior fidedignidade avaliando a coerência das anotações e a assistência prestada ao paciente, refletindo a qualidade desta e, a continuidade das informações nos diferentes turnos que se sucedem no período de 24 horas assegura legalmente a equipe, paciente e instituição (BORGES *et al.*, 2017).

Em concomitância com P16, P07 traz um exemplo em que a falha no processo de registro gera ruídos que interferem na execução da assistência. Com isso, se torna a equipe vulnerável e exposta a eventos adversos.

As vezes acontece, de manhã, ou de noite, tanto faz o turno, o médico orienta uma coisa, mas não deixa prescrito, vamos supor "ah tá em precaução e não pode tirar da incubadora", mas só foi falado, mas aí chega outro plantonista vamos supor, diz que pode tirar da incubadora, aí às vezes isso acontece, esse erro de comunicação né. Um diz que pode e o outro diz que não pode. Então o bom é sempre estar prescrito a precaução que tem que ser. [P07]

As falhas decorrentes do processo de comunicação, no caso pontuada por P07 a comunicação escrita, possui reflexo direto sobre a segurança do paciente, uma vez que a falta do registro pode, por vezes, predispor ao erro e desqualificar a assistência prestada. A prescrição seja ela médica ou de enfermagem, deve ser vista como veículo de padronização das condutas a serem adotadas pela equipe, reforçando e ratificando as informações transferidas verbalmente.

Além de representarem maior segurança aos paciente, os registros escritos também são considerados como documentos legais de defesa dos profissionais de saúde, portanto deve-se estimar a clareza nesse veículo de comunicação. A comunicação escrita reflete o empenho e a força de trabalho da equipe de saúde, valorizando, assim, suas ações. Desse modo, é preciso que todos compreendam que fazem parte do processo de registro e transmissão das informações, e que isso constitui uma ferramenta imprescindível para prestação da assistência e segurança do paciente (FERREIRA *et al.*, 2020).

A passagem de plantão sempre é lembrada como meio de fortalecer a oferta de informações sobre o cuidado. Porém, a equipe destaca que ela deve ocorrer de forma organizada, padronizada e simplificada, já que o excesso de informações e o

fator tempo e carga de trabalho interferem diretamente na qualidade do processo de comunicação.

Acredito que a função do tempo, a correria do dia a dia, isso acaba sendo uma dificuldade porque, as vezes as pessoas acabam deixando passar alguma coisa e tem toda aquela correria para conseguir entregar o paciente da forma mais adequada possível, acho que às vezes a gente acaba pecando nisso pelo excesso de carga de trabalho. [P05]

Eu acho que o tempo é muito corrido, às vezes a gente tem muitas atribuições, as vezes eu tento fazer uma lista das coisas que eu tenho que fazer, mas as vezes a gente pode esquecer coisas porque é muita coisa para fazer ao mesmo tempo, isso eu acho que é uma dificuldade. A gente está fazendo muita coisa ao mesmo tempo, a pessoa diz: "faz tal coisa" e dali a pouco pode esquecer, por isso que eu gosto da passagem de plantão, porque daí eu vou anotando tudo ali, a gente passa isso para quem vem depois, o que ficou pendente, o que tem que revisar. Então eu acho essencial a passagem de plantão. [P09]

Ao meu ver eu não vejo dificuldade, em comunicação, sei lá, tu passar um plantão completo, falando tudo que tu fez naquele turno com o paciente, eu acho que a maioria fala e se comunica de forma clara, e quando não é feito, a gente tem que perguntar, não pode deixar nada em dúvida. [P13]

As dificuldade são que algumas pessoas tem, dentro da equipe, tem um pouco mais de dificuldade para receber informação, ou até orientação, então acaba que ou não comunica, ou não fixa aquela informação, ou não escreve a informação, então isso acaba dificultando o serviço. [P14]

NO: Não há padronização para a passagem de plantão, cada profissional destaca os pontos que julga pertinentes a cada paciente, sendo assim, por vezes o profissional passa as informações de forma não sistematizada e, com isso, esquece de passar detalhes importantes à continuidade do plano terapêutico daquele paciente. [Diário de campo, Jun 2019]

NA: Algumas regras institucionais acabam por tornar as rotinas de passagem de plantão um pouco mais breves, devido aos horários a serem cumpridos junto do registro ponto. Sendo assim, é comum que algumas equipes sejam enxutas ao passarem o plantão a fim de cumprir normas institucionais. [Diário de campo, Jun 2019]

Entre as dificuldades em manter o processo de comunicação eficaz, destaca-se por meio da participação dos profissionais, a dificuldade de sistematizar o processo de forma a uniformizá-lo. Além disso, nesse ponto também urge a questão tempo, em que as rotinas e normas institucionais engessam a passagem de plantão quando se estipula horários rígidos de entrada e saída de funcionários sem considerar essas particularidades.

Para a passagem de plantão é preciso que se estabeleça uma comunicação clara e objetiva, a respeito das intercorrências ocorridas com o neonato. Sendo assim existem diversos métodos que podem ser adotados para estabelecer este fluxo, sendo o mais comum a comunicação falada realizada face a face à beira leito. Para isso, a fim de evitar o comprometimento da segurança do paciente, é indicado a utilização de ferramentas que organizem e registrem, também por escrito as informações relevantes para a continuidade da assistência (NASCIMENTO *et al*, 2018).

Alguns fatores dificultam as passagens de plantão comprometendo a segurança do paciente, tais como: a quantidade excessiva ou reduzida de informações; a limitada oportunidade para fazer questionamentos; as informações inconsistentes; a omissão ou o repasse de informações errôneas; a não utilização de processos padronizados; os registros ilegíveis; falta de trabalho em equipe; as interrupções e as distrações. Com isso, qualidade das informações repassadas depende da habilidade dos profissionais, da modalidade escolhida, do tempo dispensado e do engajamento da equipe em registrar os dados que indiquem as intercorrências com o paciente (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Como ratificado nas falas dos profissionais, que trabalham na UTI neonatal, ainda não há uma padronização no setor que agilize o processo de passagem de informações através da passagem de plantão. Ressaltam que por muitas vezes a sobrecarga de afazeres e rotina institucional podem ser considerados como desqualificadores da comunicação entre os profissionais no setor.

Muitas vezes tu faz teu trabalho de forma correndo, tu não é entendido muitas vezes porque tu passou do horário ou porque tu chegou atrasado, acho que com certeza isso repercute, porque as informações tem que ser passadas tim tim por tim tim, então tu correndo para passar informação fica complicado. [P06]

A sobrecarga de trabalho dos profissionais da área da saúde pode ser considerada como preditora de eventos adversos da assistência, aqui somadas a falha da comunicação entre os componentes da equipe multidisciplinar. Como reflexo se tem o aumento dos dias de internação dos pacientes nas unidades de terapias intensivas, sendo que a sobrecarga de trabalho de enfermagem está também associada a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes. Sendo assim, é fundamental que os gestores em saúde participem ativamente no processo

de gestão de pessoas evitando a sobrecarga de trabalho, favorecendo uma assistência de maior qualidade e menores riscos aos paciente (NOVARETTI et al., 2014).

No que tange à comunicação interprofissional e à dinâmica institucional, nas falas dos partícipes, nota-se a preocupação com a qualidade deste processo quando realizado entre profissionais de setores diferentes. Foram pontuados como fatores que desqualificam a comunicação: a dificuldade de obter informações ao receber um paciente, ou ao levá-lo para um procedimento cirúrgico ou outros fora da unidade. Nesse contexto, configura-se a importância de se seguir os passos de segurança do paciente, estipulados pelo Ministério da Saúde, a fim de utilizar o check list de cirurgia segura e estipular fluxos institucionais constantes e eficazes, a fim de padronizar e uniformizar as informações na instituição.

Acho que até quando vai internar coisa assim, que a gente não sabe o que que vem. Chega o paciente lá de baixo e eles, deixam o paciente ali, e é claro a gente atende faz os primeiros cuidados e tudo ali, mas não sabe o histórico do paciente nem nada, aí tu tem que estar indo atrás de papel de tudo, que é uma função também porque não tem papel lá de baixo, e aí tu tem que ir à cata de coisa aqui e coisa ali para conseguir chegar a historinha completa do paciente. Isso é falta de comunicação que causa um dano bem ruim que na assistência tu perde tempo. Laboratório também que a gente coleta, agente liga e demora um século para vir buscar, aí busca e daqui a pouco tem . Então daí isso atrasa tudo, resultado de exame que eu podia ter feito alguma coisa na criança por causa do resultado. [P01]

Acho que, às vezes a gente consegue perceber que os fluxos que o paciente vai percorrer no hospital são fragmentados, as pessoas sabem o que vai acontecer com aquele paciente, ali naquele momento, naquela unidade, mas não é, parece que não é claro o que é preciso para que esse paciente tenha continuidade no cuidado. Acho que essa fragmentação, não que as pessoas tenham que saber tudo que vai acontecer, mas o mínimo necessário do que é preciso se levar adiante, informações desse paciente, para que ele consiga ter um cuidado integral em outro lugar, sem atrapalhar o fluxo, porque muitas vezes eles chegam com informações incompletas, chegam sem terem recebidos os procedimentos necessários ou sem que a gente saiba se ele recebeu ou não aquele procedimento, e isso tudo vai atravancando o nosso processo de trabalho, porque daí tu tem que ir lá, voltar, parar e perguntar pra pessoa o que aconteceu, mas acho que é isso, acho que essa fragmentação entre os fluxos. [P05]

O bom seria que tivesse tudo sempre certinho, às vezes tem algum detalhe faltando que faz toda a diferença. De repente sei lá, seguir um padrão assim, na hora de chegar passar tudo que foi feito, que às vezes eles esquecem de passar tudo, então era bom ter até escrito, para não se perder no caminho o que foi feito ou o que deixou de ser feito. [P07]

Eu acho difícil a passagem de comunicação justamente da sala de parto, que muitas vezes a gente não tem acesso as informações da mãe, a gente depende às vezes do doutorando vir e trazer a história, a gente tem que confiar nessa história, volta e meia a gente acaba checando tudo também [...] As vezes a carteirinha do pré natal da mãe, muito difícil quando eles vem de fora que as notas de transferências são muito pobres, a gente tem que ficar ligando, indo atrás, eu acho principalmente em relação as sorologias maternas, volta e meia a gente tem que mandar a mãe no serviço de centro de especialidades para fazer os testes rápidos que é mais rápido do que a gente conseguir as informações da mãe, nas coisas da sala de parto [...] É só a gente ir atrás também, quando eu quero uma informação da sala de parto, eu ligo na gineco, é difícil de achar estana naquela sala de parto, mas quando a gente insiste a gente consegue as informações, mas é meio difícil achar determinadas pessoas, porque as vezes falam: "ah não fui eu que fiz a sala de parto, foi minha colega, foi não sei quem", tem que ser persistente para conseguir aquela informação, só que isso demanda tempo, é ruim para nós, porque a gente está sempre correndo, se perde um baita tempo procurando informações, catando as informações da sala de parto. [P09]

Acho que falta, e é bem a desejar também, a comunicação quando chega o paciente, às vezes o paciente vem sem história, sem dados, tem muito pouco protocolos, está sendo feito alguns, mas existe poucos, às vezes os protocolos não se encaixam, por exemplo: o nosso aqui da UTI é diferente de outros setores, então acaba não se encaixando. Tem muita informação que se perde, de um lugar para o outro, até dentro da UTI acaba se perdendo, por falta de cuidado em colocar no papel, no computador. Então eu acho que a dinâmica ainda tá muito precária. [P14]

Sob essa ótica é possível refletir sobre a cultura de segurança do paciente que a instituição deve estabelecer e solidificar com o tempo. Nesse sentido é necessário que as lideranças das organizações de saúde compreendam a necessidade de fortalecer essa cultura, como estratégia indutora a implantação de diretrizes e protocolos, com vistas a prestar uma assistência livre de danos aos pacientes (CORONA; PENICHE, 2015).

Dessa forma, é necessário pensar de forma a integrar as equipes com uniformidade no que tange a busca pela implementação de uma cultura de segurança do paciente, desenvolvendo a compreensão de que o trabalho em equipe é fundamental na assistência à saúde, e que os fatores que influenciam para que os profissionais mantenham-se satisfeitos e participativos devem ser valorizados, pois estimulam atitudes positivas para o bem-estar pessoal e profissional, além de garantir a adesão aos protocolos e fluxos (PAESE; SASSO, 2013).

Acho que os POPS nos dá muita segurança pra muita coisa, porque o que tá no papel não tem erro. [P12]

Bom então, eu acho que as vezes pensando assim, em coisas que a instituição preconiza pra uma forma de comunicação, priorizando a

segurança do paciente, está muito envolvida essa questão dos protocolos, POPS, eu entendo assim, e eu acho que, as vezes, esse tipo de comunicação não tá bem acessível, digamos, à equipe, nem todo mundo tem conhecimento ou não sabe que existe um protocolo para realização de um determinado procedimento, então acho que é uma coisa que precisaria ser aprimorada, né, para conhecimento de todos e melhorias de todos.
[P17]

É de extrema importância que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde seja fortalecido, através de processos crítico-reflexivos acerca de soluções aplicáveis para concretizar a busca pela segurança do paciente e a qualidade na assistência (SOUZA *et al.*, 2019). Por meio da implantação de protocolos, a serem desenvolvidos com o intuito de facilitar o processo de assistência em saúde, além de auxiliar na construção de uma abordagem que respeite as singularidades do setor, e atue de forma ordenada e coordenada com a participação dos diversos profissionais que compõe a equipe multiprofissional (PEÑA; CASALENGUA; CAÑADAS, 2016).

Ao encontro dessa ideia está a educação permanente em saúde, como uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor. Atuando de forma crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente, ela deve ser uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente, em busca da implementação da cultura de segurança do paciente junto da equipe de saúde (SILVA; PEDRO, 2012).

Quando questionados sobre a temática educação permanente, os membros da equipe reconhecem que as capacitações contribuem para a melhoria na comunicação da equipe e devem ser implementadas de forma rotineira. Ressaltam que elas podem ser vistas como forma de universalizar e equalizar as informações e rotinas da unidade a todos, bem como reduzir as chances de eventos adversos à assistência em saúde.

Eu acho a melhor modo [falando sobre capacitações de equipe], porque estimula que a comunicação funcione, daí não fica somente entre alguns grupos, e não sai totalmente. Devia ter mais porque aqui não tem muito.
[P01]

Para mim é bem bom essas capacitações profissionais, mas tem que ser desenvolvido com todos os profissionais, ser passado pra todos e numa linguagem só. [P02]

É fundamental, quanto mais capacitado, quanto mais a equipe adotar um discurso único, ou que seja, uma intervenção mais padronizada e mais debatida, se foi padronizada é porque foi debatida anteriormente, então quanto mais incentivar esses processos, melhor vai ser esse processo de comunicação e consequentemente a própria segurança do neonato vai ser otimizada. [P04]

Eu acho essencial, eu acho que quanto mais se tem protocolos, todo mundo fala a mesma linguagem, claro que a gente não pode também se limitar e também fechar os olhos exclusivamente para os protocolos, porque vai ter nesse meio tempo, pacientes que não vão se enquadrar naquilo, ou que são exceções, mas eu acho que quanto mais as pessoas falarem a mesma linguagem e fizerem as mesmas coisas, menor a chance de você passar algum erro, você já vai no automático, quando você já está determinado a fazer aquilo, o protocolo é tal coisa, faz aquilo e abre teus horizontes para outras coisas que nem tudo vai se enquadrar no protocolo, mas a chance de erro e de passar coisas é muito menor. [P09]

É importante que toda a equipe saiba né, o que são as ações de segurança do paciente, então acho que esta aí, a comunicação do enfermeiro, principalmente com a equipe de enfermagem, quando a equipe domina, conhece as ações da segurança do paciente, eu acho que a gente melhora a qualidade da assistência, e para mim essas ações devem ser feitas através de reuniões, da educação permanente, da educação continuada. [P11]

Eu acho essencial, a partir de capacitação e de POP é que a gente vai ter mais segurança para se comunicar, para realizar. [P12]

Na minha opinião é que, quanto mais capacitados os profissionais forem, melhor eles vão trabalhar e de forma melhor, vão estar mais conectados, e vão conseguir se expressar melhor, um entendimento melhor de todo o processo. [P13]

Eu acho que é muito importante, tanto a capacitação, como a padronização. Porque aí se todo mundo tiver um padrão, é muito menos comum de haver algum erro ao paciente. [P14]

É acho que é uma coisa essencial, porque, até do entendimento de um procedimento, ou de detectar um problema, uma criança, como comunicar isso. Então, capacitação ajuda e todo mundo vai ver uma informação junto. A questão dos protocolos, tudo isso ajuda a padronizar o entendimento de certos procedimentos. [P17]

Ainda em relação a necessidade de capacitações, percebe-se que os profissionais preocupam-se com a necessidade de que aconteçam atividades de educação permanente que também atendam a especificidade do público da UTI neonatal, como relata P06, sem que isto enrijeça a conduta terapêutica. Nesse ponto deve-se pensar em protocolos que atendem a todos os setores do hospital e que por vezes não se encaixam nas especificidades do neonato.

Diante disso, a adoção da educação permanente e continuada para profissionais de saúde, seria uma das formas reduzir os eventos adversos da assistência em saúde, já que estratégias da cultura de segurança para práticas corretas no trabalho em saúde, tem garantido a qualidade tanto para profissional quanto para o paciente assistido. Além disso, medidas que atualizem e reforcem conhecimentos ou que, ainda, uniformizem o cuidado, através de protocolos, podem motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, proporcionando

alternativas para minimizar as deficiências existentes no ambiente de trabalho e, assim, desenvolver um trabalho focado em propósitos e objetivos comuns à equipe de saúde em vistas a segurança do paciente (BRASIL, 2011).

Acho que as capacitações são fundamentais, mas vejo que elas tem que estarem voltadas um pouquinho mais para nossa assistência, muitas vezes a gente está locado num setor e sai uma capacitação, eu sei que são educação permanente, educação em saúde, mas que o assunto não aborda muito a tua área de atuação, e a padronização de materiais, de protocolos, eu acho fundamental na segurança do paciente, porque tu consegue fazer um diagnóstico de alguma terapia errada, de alguma coisa que não tá legal no funcionamento da unidade, mas por outro lado ela enrijece um pouco a tua assistência, tem que ser daquele jeito e tem que ser daquele jeito, ou “Ah não vou fazer porque não está no protocolo!”, mas não é assim, a prática não é só baseada em evidências, é baseado na prática clínica também. [P06]

Alguns profissionais nunca receberam capacitações na área de comunicação para a segurança do paciente e, até mesmo, tem dificuldades de vislumbrar como seria abordada a temática, como vemos na fala de P05. Além das observações anteriores, ainda é possível afirmar que os espaços de capacitações também são vistos como espaços de troca entre colegas, confirmadas na fala de P08.

É acho que hoje eu ainda, no meu tempo de formada, não participei de nada que direcionasse a qualidade da comunicação entre os profissionais, acho que seria um tema mais que valido pra ser abordado, mas também não consigo imaginar de como abordar esse tema. [P05]

Super importante, assim se o assunto não tiver bem abordado a gente ganha na troca interpessoal com os colegas, porque a gente sempre aprende. [P08]

Em sua fala, P05 demonstra que a temática comunicação ainda não foi abordada durante sua formação profissional, o que reforça a necessidade de potencializar os esforços na exploração e discussão desse processo em equipe. P08 reforça que sempre há aprendizado, quando se possibilita um espaço para troca de conhecimentos e informações.

Nessa ótica, a segurança do paciente poderia ser vista como um tema transversal na atenção à saúde do neonato, e para isso se torna necessário instrumentalizar os profissionais a explorar a dinâmica de sistemas, configurações, hábitos, padrões, processos e peculiaridades para poderem desenvolver

capacidades analíticas e críticas sobre as suas práticas, a fim de obter resultados positivos (MORATH *et al.*, 2009).

Algumas estratégias podem ser elencadas para construção da cultura de segurança do paciente, são elas: identificação e notificação do erro, com consequente processo de aprendizado a sua ocorrência; concepção sobre o erro coletivo e a importância do trabalho em equipe; consumo e produção de pesquisas como subsídios para efetivar a transformação cultural nas instituições; transposição do modelo biomédico para integralidade da atenção; educação permanente para inserção do tema no cotidiano profissional; e, inserção da segurança do paciente como tema transversal na formação de profissionais da saúde, difundindo-a em todos os contextos (WEGNER *et al.*, 2016).

Para os profissionais da UTI Neonatal em questão, com o intuito de aprimorar o processo de comunicação interprofissional, com vistas à segurança do paciente, é necessário antes de tudo permitir o acesso a informação de forma uniforme a todos os profissionais; Manter os registros sempre atualizados e completos; Favorecer espaços de troca como: reuniões de equipe, treinamentos multidisciplinares, rounds e capacitações; Implantação de protocolos, check lists e rotinas; Dinâmicas e trabalhos que favoreçam o trabalho em equipe e valorização das particularidades dos diferentes saberes. Como pode ser percebido através das falas a seguir:

Eu acho que na verdade as pessoas deviam que, assim, passar mais as coisas das crianças para gente ali, porque tá ali a criança, e tá a gente vai à cata de uma coisa aqui, uma coisa ali e vai juntando as informações, mas deviam falar para gente mesmo ou escrito direitinho em determinado lugar. [P01]

Através de reuniões, quinzenais, com os representantes de enfermagem e técnicos e que fossem e que tivessem representantes de cada turno, e que todos, o que fosse passado para os outros colegas numa linguagem só, por escrito em atas. [P02]

Deveria ter mais capacitações para os profissionais da UTI neo. [P03]

Olha, eu acredito que o primeiro passo seria a gente observar alguns momentos do nosso dia de trabalho, da nossa rotina, e tentar deixar aqueles momentos visando essa comunicação, acho que a comunicação, de certa forma informal, aqui na unidade, acho que ela funciona bem, mas acho que momentos como os rounds, que tem na parte da manhã, e que não existem de forma tão frequente, mas pelo o que eu observei desses momentos de rounds, eles são de grande valia. [P04]

Acho que a gente precisaria de mais espaços de conversa que fosse fora das rotinas de trabalho, porque qualquer coisa que a gente tente fazer para qualificar é sempre uma coisa quebrada, porque nunca tá todo mundo,

porque alguém tem que está lá dentro, acho que a gente precisa de mais espaço, mais tempo pra isso, assim, espaço e tempo de qualidade realmente. [P05]

Acho que através de dinâmicas mesmo, da conversa aberta, do grupo, da conversa entre o grupo, não daquela fragmentação do serviço, dos turnos de trabalho principalmente, do que é dia é dia, do que é noite é noite, acho que essa conversa mais aberta mesmo, jogo mais aberto entre as equipes, e o conversar em roda. [P06]

Podia melhorar, englobando tudo assim, ouvindo a gente, o médico também ouvindo a opinião da gente, prescrevendo realmente aquilo para não ficar largado aquilo no ar. Acho que é isso, tem que ter prescrito, aumenta a parte escrita. [P07]

Eu assim, eu acho que o hospital oferece bastante oportunidade de educação continuada, eu acho que tem várias formas, tem a plataforma, eu acho que tem esses cursos, só que isso eu acho que tinha que ser feito num ambiente de turno de trabalho, porque as pessoas tem seus compromissos extraprofissional, a gente tem que organizar, a gente já falou isso, de pegar e começar de repente a discutir casos, enquanto está calmo no plantão [...] acho que é isso, a gente tinha que trabalhar mais a questão dos turnos, já existe um processo de educação continuada, uma coisa que valorize, mas o nosso feijão com o arroz, o nosso dia a dia, técnica de aspiração, técnica de punção de fixação de filme transparente por exemplo, isso é uma coisa que a gente sabe que a ANVISA determinou que a gente tem que usar, mas eu não domino bem como tem que usar, mas se eu treinar daqui a pouco eu vou conseguir fazer bem. [P08]

Acho que assim, a passagem de informações, assim do plantão noturno para o plantão do dia, porque muitas coisas não são registradas, é de boca que é falado e você fica sabendo porque alguém falou [...] ter mais registros, tudo que for oficial, acho que já falei, tentar botar na prescrição e no sistema também quando alterar alguma coisa, já vir fazer a prescrição nova, que tudo fique registrado porque aí as informações é menos fácil de se perder assim, e de uma coisa oficial, não é assim: "ah me falaram!". Então registrar, tem que estar tudo registrado, tanto as nossas intercorrências também para nós, também serve as passagens de plantões, é importante estar bem registrado o que aconteceu o round de novo acho que entra ajudando também. [P09]

Eu acho que através da educação continuada, da realização de reuniões, padronização mesmo da assistência, acho que seria bem interessante de pôr em prática. [P11]

NO: Nos turnos em que são realizados rounds a beira leito, a equipe consegue acessar e discutir informações de forma mais homogênea, mas infelizmente a informação não chega em toda sua extensão para os demais turnos, seja por falta de tempo, ou por falta de padronização para passagem de plantão. [Diário de campo, Ago 2019]

Por meio da contribuição dos membros da equipe multiprofissional da UTI neonatal, observa-se a preocupação da equipe em contribuir de forma efetiva para qualificar a assistência. Mesmo que ainda hajam ruídos no desenvolvimento da comunicação, os profissionais se mostram abertos a discussão sobre o

aprimoramento de sua execução. Ressaltam a representatividade das padronizações e atividades de troca de informações e discussões, como os rounds, como formas de uniformizar a linguagem.

No que tange ao processo de comunicação, há necessidade de desenvolvimento de programas de incentivo e aprendizado de habilidades de comunicação dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde. Esses programas podem demonstrar melhora no desempenho e na comunicação da equipe interdisciplinar, bem como garantir mais segurança nas práticas de cuidado ao neonato (GUZINSKI *et al.*, 2019).

Por fim, a partir da análise das entrevistas com os profissionais, e com a confecção da fase de teorização exposta no decorrer deste capítulo, inicia-se a fase de transferência aos envolvidos no processo. Sendo assim, com o intuito de aprimorar o processo de comunicação, tendo como base as evidências científicas encontradas nas falas dos partícipes dessa pesquisa, os mesmos foram chamados para apreciação de dados e construção conjunta de estratégias de qualificação desse processo. Partindo, agora, de um conceito teorizado juntamente da equipe multiprofissional, em que o ato de se comunicar pode ser compreendido como algo mais complexo, porém imprescindível para ser elaborado um plano terapêutico alicerçado na qualidade, transparência e padronização dos processos.

8 A CONSTRUÇÃO DA CONVERGÊNCIA: FASE DE TRASFERÊNCIA

Após a análise dos dados e reflexões sobre as contribuições de cada partícipe, a seguir apresenta-se como se deu a convergência à prática assistencial da equipe da Unidade de terapia Intensiva Neonatal.

Inicialmente foram discutidos os resultados do estudo, em encontros agendados e com duração de aproximadamente 40 minutos, junto das quatro equipes de profissionais da unidade e traçado o plano de convergência.

Para tal foi explanado sobre a temática segurança do paciente, bem como o processo de comunicação e seus desfechos para a segurança do paciente neonato. Junto disso foram expostos os achados da pesquisa, correlacionando-os com a literatura científica, a fim de contextualizar e construir, junto da equipe, a compreensão e reflexão crítica sobre a temática.

Para tornar os encontros mais dinâmicos foram realizadas atividades de grupo, essa atividade teve como objetivo demonstrar como se configura o processo de comunicação interprofissional, além de mostrar os reflexos individuais, sociais e culturais na comunicação. Através desse exercício também foi possível demonstrar como esses fatores interferem na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

A dinâmica contou com a participação de profissionais de todas as categorias, e foi elaborada pela pesquisadora. Para desenvolver essa técnica foram utilizados papéis em branco, de tamanhos diferentes, e canetas.

Inicialmente foi solicitado aos profissionais que se posicionassem uma atrás do outro, em fila, e logo após que fosse colocado no ombro do colega o pedaço de papel, o qual foi distribuído aleatoriamente. Posteriormente, foi solicitado que o último da fila desenhasse na folha de papel uma flor, e então foi dado o comando de que o próximo deveria repetir o desenho, conforme sua percepção, até que este chegasse ao primeiro da fila.

Como resultado esperado, os desenhos foram muito diferentes do comando inicial. Então foram discutidas as percepções de cada integrante da equipe de saúde sobre aquela vivência, interligando essas impressões pessoais à comunicação, tendo em vistas a segurança do paciente neonato.

Sendo assim, foi possível refletir que enquanto a informação for passada de forma linear, sem que uma pessoa olhe para a outra enquanto pessoa e compreenda a importância do emissor e do receptor no processo de comunicação, a mensagem chegará repleta de ruídos e de forma distorcida.

Outro ponto destacado foi o tamanho dos papéis, representando a bagagem de cada profissional. Assim, concluiu-se que cada profissional carrega consigo vivências, crenças, medos e conhecimentos, os quais servem de matriz para que ele desenvolva o processo de comunicação.

Sendo assim, demonstrou-se aos integrantes da equipe a importância de se pensar as particularidades de cada trabalhador para que se desenvolva uma linguagem de compreensão de todos. Além de contextualizar a representatividade socio-cultural das profissões da área da saúde, e instigar aos participantes a compreensão da comunicação interprofissional como uma rede a ser fortalecida através da valorização do trabalho em equipe.

Dessa forma, iniciaram-se as discussões de soluções para que o processo de comunicação seja eficaz, e busque a qualidade da assistência e a segurança do paciente internado em UTIN.

A fim de padronizar o processo de comunicação entre os profissionais na unidade e destes com os profissionais de outras unidades, foi construído um Procedimento Operacional Padrão de Comunicação Efetiva em UTI Neonatal. Após discussão com membros da equipe, construção e revisão feita pelos mesmos, incluindo aqueles que não participaram do estudo, o documento foi encaminhado para chefia da unidade, a fim de seguir o fluxo para sua validação interna.

Os protocolos e os procedimentos operacionais padrão são considerados métodos gerenciais que podem ser utilizados para melhorar a qualidade da assistência prestada. Essas intervenções devem ser construídas juntamente com a equipe de saúde, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades (SALES *et al.*, 2018).

Para potencializar e dinamizar as passagens de plantão foi discutido junto dos profissionais estratégias sistematização, a partir de roteiros. Sendo esse construído

e revisado pelos trabalhadores do setor, que servirão de ferramenta de auxílio ao profissional na transferência entre turnos.

Nesse interín, podemos citar instrumentos construídos para evitar as lacunas de informação, conhecidos por as siglas SBAR e I-PASS. Esses já são uma exigência de muitas creditações e podem, inclusive, agilizar as passagens de plantões. A JCI (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*) recomenda o uso de mnemônicos (abreviações), como estratégia para melhorar as trocas de plantão (JCI, 2017).

Para atingir esse objetivo foi utilizada a ferramenta SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), que é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes ocorridas ao longo do turno de trabalho. Em que *Situation* refere-se à situação, *Background* à história prévia, *Assessment* à avaliação e *Recommendation* à recomendação. Com a finalidade de estruturar a comunicação para reduzir chances de erros e omissões durante a passagem de plantão (IHI, 2017).

Isso é, toda a comunicação durante a troca de turnos deve ser estruturada seguindo essas categorias. Primeiro, identificar o locutor e descrever em uma frase simples e clara a situação atual. Depois, um breve contexto/histórico da situação. Em seguida, cabe uma análise sobre a situação e seus desdobramentos futuros, finalizada com a sua recomendação (IHI, 2017).

A implementação dessa ferramenta melhora a comunicação porque exige uma preparação e, portanto, organização, do emissor da mensagem antes da transmissão das informações, o que ajuda a construir uma mensagem mais clara. O receptor, por sua vez, também deve conhecer o método e estar no mesmo modelo mental, capacitado para se comunicar dessa maneira, ele consegue absorver e entender melhor as informações. A utilização desse veículo pode, também, encorajar os profissionais a darem sua opinião, já que a avaliação e recomendação são categorias básicas, uma maneira de vencer inibições impostas pela hierarquia e/ou barreiras sócio-culturais (PANESAR *et al.*, 2016).

Os procedimentos operacionais padrão, bem como estratégias de utilização da ferramenta SBAR, seguem repectivamente em Anexo 3 e 4 desse estudo.

Para agilizar os fluxos entre unidades foi revisado e adaptado o check-list de cirurgia segura para pacientes neonatos (Anexo 5), a fim de apreciação fica também em anexo o check list anterior já padronizado na instituição (Anexo 6).

Posteriormente, foi encaminhado o plano de convergência a chefia do setor a fim de obter aprovação e dar andamento a padronização institucional dos novos documentos.

Por fim, assim que os documentos criados e revisados, junto da equipe multiprofissional, estiverem aprovados pela instituição, se iniciará a fase de capacitação da equipe. Para essa etapa será solicitado o auxílio dos integrantes deste estudo, com foco na partilha dessas informações de forma horizontal, atualizações de conhecimentos e proposição de novas rotinas.

Destaca-se que, o processo de validação interna respeita os fluxos da Instituição e, por isso, é necessário aguardar a finalização do processo para iniciar a capacitação e utilização do instrumento na Unidade.

Infelizmente neste momento, delicado em vistas da pandemia de COVID-19, as reuniões em grupos estão limitadas, então a produção da convergência se deu pontualmente com os profissionais atuantes no setor durante os turnos da manhã, tarde e noite. Por outro lado, a equipe se mostrou envolvida na produção e revisão desses documentos, trazendo contribuições pertinentes e destacando a necessidade de disponibilizar o instrumento para todas as unidades que prestam atendimento ao neonato, como por exemplo o serviço de ginecologia e obstetrícia, a fim de uniformizar e direcionar as informações, ao conduzir uma comunicação eficaz.

Posteriormente à defesa dessa dissertação, será encaminhada cópia deste estudo ao setor de ensino, qualidade e segurança do paciente junto do trabalho convergencial elaborado pela equipe, já oficializado via sistema de informatização interna, a fim de padronizar a comunicação interprofissional com vistas à segurança do paciente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional, relacionada à segurança do paciente, foi possível um entendimento de como a equipe desta unidade percebe as diferentes formas de comunicação como ferramentas capazes de garantir a segurança do neonato. Além de favorecer a identificação de ruídos na rede de cuidados, os quais interferem no processo de comunicação, provoca a reflexão sobre a representação histórico-cultural da comunicação, e suas representações na eficácia da execução da mesma.

No que tange ao objetivo geral para a prática assistencial que buscou contribuir para o aprimoramento do processo de comunicação entre os profissionais, com a finalidade de promover a segurança do paciente neonato internado em UTI foi possível construir, a partir das discussões e com contribuição da equipe de profissionais, fluxos que conduzam a informação. Para isso foram construídos procedimentos operacionais padrão, utilizando ferramentas que auxiliaram os trabalhadores a conduzir a comunicação de forma mais efetiva.

Nessa conjuntura pode-se afirmar que a metodologia da pesquisa convergente assistencial utilizada foi adequada à proposta, pois permitiu atingir os objetivos gerais e específicos, tanto de pesquisa, quanto para a prática assistencial. A partir de um movimento de reflexão, acerca da temática, instigado à equipe multiprofissional por meio do movimento gerado durante o desenvolvimento do estudo.

Para isso, a investigação de campo, por meio da realização das entrevistas, observações e diário de campo, foi fundamental para a compreensão do objeto do estudo, e propiciou reunir os depoimentos e entender o papel de cada integrante da equipe de saúde no processo de comunicação. Ainda foi possível, ainda, conhecer a percepção desses profissionais sobre a comunicação, as práticas de trabalho, a segurança do paciente, as relações entre as equipes e os processos institucionais. Esses resultados contribuíram para a compreensão da rede tão peculiar de pessoas

que compõem o trabalho em saúde na UTIN, bem como suas histórias e trajetórias, atingindo assim o objetivo de estudo.

A interpretação das informações colhidas junto dos profissionais de saúde possibilitou a reflexão acerca das redes que formam o processo de comunicação entre os membros das equipes de saúde, bem como conhecer seus nós. A partir desse panorama foram criadas estratégias para qualificar e potencializar essa ferramenta, primordial à segurança do neonato.

Fato qualificador dessa estratégia de pesquisa, PCA, se dá na oportunidade do pesquisador estar imerso no local de pesquisa. E, assim, vivenciar o procedimento de interpretação das informações em um movimento constante, o que possibilita a reflexão e apropriação do conhecimento acerca das práticas vivenciadas no contexto da UTI neonatal.

Nesse ínterim, é possível conjecturar a comunicação eficaz como essencial em todo processo assistencial, sendo ela verbal ou escrita. Dentro da complexidade existente na unidade de terapia intensiva neonatal, o paciente passa a ser cuidado por diversos profissionais e equipes. Sendo assim, imprescindível a continuidade da assistência a fim de manter a primazia no cuidado.

Então, sob essa ótica, é necessário visualizar que a execução eficaz do processo de comunicação diminui a incidência de erros, e assim, concerne a uma assistência mais segura em busca de um ambiente terapêutico adequado ao neonato. Também é preciso que os membros da equipe se envolvam nesses esforços, em busca da segurança do paciente, e desenvolvam o senso de trabalho em equipe, ao vislumbrar que a qualidade da assistência é resultado da somatória dos esforços individuais de cada profissional.

A segurança do paciente pode ser pensada, também, como fruto do trabalho em equipe, que se utiliza da comunicação como ferramenta para manter os fluxos do cuidado. Com isso, é preciso compreender que esse trabalho se estabelece além dos limites físicos da unidade, sendo necessário que os profissionais de toda a instituição se envolvam na busca pela qualidade da assistência. Como também, que se compreenda que a comunicação trabalha como alicerce no que tange à segurança do paciente, sendo necessária a construção de uma cultura de segurança a nível organizacional.

Nessa perspectiva, o que também emergiu da análise dos dados, é a necessidade de reorganização dos processos de trabalho com vistas à solidificação

da cultura de segurança do paciente. O que exige a mudança de comportamentos dos colaboradores da instituição, em um esforço coletivo na busca pela primazia da assistência prestada, e competências organizacionais que sustentem esse trabalho.

Ainda durante as reflexões e teorizações, possibilitadas pelo estudo, foi possível compreender que em uma instituição de saúde, com a riqueza de profissionais e diversidade de áreas do conhecimento envolvidos na assistência, as interações no processo de comunicação possuem uma natureza cheia de símbolos e representações. Sendo estes, por muitas vezes, destacados pelos partícipes como fatores que interferem na qualidade da comunicação.

Com o auxílio das falas da equipe de saúde e através das observações da unidade, explorou-se os processos, as rotinas e a estrutura que sustenta a rede de profissionais, e assim refletiu-se sobre o processo de comunicação na execução do trabalho nessa UTI neonatal. A partir daí foi possível construir três categorias para explorar e teorizar os dados. São elas: Caracterizando a comunicação entre os profissionais na uti neonatal; Segurança do paciente em uti neonatal: percepções ou compreensões dos profissionais; e A representatividade da comunicação para a segurança do paciente.

Na primeira categoria, foi possível compreender que por se tratar de uma unidade fechada, com pacientes instáveis clinicamente e que tem alto grau de dependência, a comunicação eficaz é o veículo para a condução do cuidado. Por isso, a transferência de informação, seja ela oral ou escrita, deve se dar de forma clara e padronizada, de maneira que emissor e receptor trabalhem em sinergia na busca pela compreensão da mensagem. Estão aí, também, os principais ruídos identificados, visto que a comunicação se quebra quando emissor e receptor não possuem a mesma compreensão da importância da clareza no processo de transmissão de informações.

Sobre as definições em segurança do paciente internado em UTI neonatal, na segunda categoria, os partícipes do estudo demonstraram conhecer as políticas de segurança do paciente preconizadas pelo Ministério da Saúde. Essa foi caracterizada como o conjunto de medidas a serem executadas em busca da qualidade no cuidado, visando a redução de eventos adversos à assistência em saúde. Para o neonatato, devido as suas particularidades e especificidades, a temática possui grande representatividades nos esforços da equipe, com vistas a garantir o desenvolvimento saudável e a qualidade de vida do paciente.

Por fim, na terceira categoria, destaca-se que a comunicação efetiva, assim como a cultura de segurança do paciente, deve ser foco de busca na construção do trabalho em equipe. A partir desse ponto, deve-se buscar por técnicas e métodos que facilitem e melhorem esse processo. Observações essas presentes nas falas de muitos profissionais que colaboraram com o estudo, ao destacar esse processo como gradual e a ser construído em ambientes de troca junto da equipe de saúde.

Esse estudo também partiu de três pressupostos, os quais foram ratificados por meio da análise das entrevistas realizadas. Primeiramente, foi possível identificar que os profissionais conseguem pontuar as falhas nos sistemas de comunicação e inter-relacioná-las à segurança do paciente. Assim como percebem a importância da execução de programas de capacitação para aprimoramento de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do paciente, como forma de qualificar a assistência. Por fim, esses conseguem compreender que a assistência em saúde é reflexo da cultura organizacional, devendo esta estar firmada em objetivos e estratégias para uma comunicação eficaz, a fim de garantir a primazia da segurança do paciente.

Sob esta ótica, foi possível trabalhar junto da equipe multiprofissional na busca de artifícios que amparassem a mudança de comportamentos. Com o auxílio do constructo da análise dos dados, desse estudo, e concluindo que a comunicação efetiva, entre os profissionais, é um processo de conquista gradual, e que depende de capacitações, da prática diária destes e de uma liderança engajada na temática segurança do paciente.

Por se tratar de uma PCA, o estudo propôs pressupostos voltados à prática assistencial, como norteadores da comunicação eficaz com vistas à segurança do paciente. Eram eles: a construção de protocolos de segurança do paciente adaptados à neonatologia; a implementação de uma rotina de capacitações com temas pré definidos, após delimitação de fragilidades; e a concepção de canais de troca e armazenamento de informações de acesso a todos os membros da equipe. Sendo assim, é possível dizer que o trabalho possibilitou contemplar todos os pressupostos.

A Equipe pontuou ao longo da realização do estudo a importância das atividades e espaços para partilha de informação, como as reuniões de equipe e a educação continuada, como fator qualificador na manutenção e condução das linhas

de comunicação na execução da assistência. E, além de reconhecer a importância das padronizações, construiu ferramentas (protocolos operacionais padrão), a fim de buscar a uniformização dos fluxos de informação da assistência ao neonato. No intento de padronizar procedimentos e técnicas tendo em vista a segurança do paciente neonato, e facilitar os processos assistenciais ao promover uma comunicação clara e efetiva entre os profissionais do setor.

Essa foi a estratégia utilizada como alicerce a proposição das demais etapas a serem construídas, na busca da primazia do cuidado ao neonato. Também foi pontuada a importância do desenvolvimento dos rounds multidisciplinares como espaço de troca e enriquecimento do cuidado. Sendo assim, é certo dizer que os pressupostos de prática assistencial também se confirmaram com a realização do estudo.

Nesse sentido, também é possível conceber que o processo de comunicação interprofissional é construído e fortalecido pelo trabalho em equipe. Através do desenvolvimento dessa PCA, e ao refletir a temática sob a ótica dos profissionais envolvidos com o cuidado ao neonato, a comunicação eficaz ocorre de forma interdependente da coesão e respeito à autonomia de cada integrante da equipe.

Sendo assim, “o comunicar” com vistas a segurança do paciente está além da transferência a de informação de um ponto a outro. Está na compreensão de que cada profissional, em sua especificidade de conhecimento, possui responsabilidade para com a mensagem a ser passada. A responsabilidade de manter a qualidade e continuidade do cuidado, de modo a zelar pela segurança do neonato sob seus cuidados, através dos diferentes olhares e práticas profissionais.

Sob esse ponto de vista, a utilização do método de PCA configurou-se como uma ferramenta imprescindível para a compreensão da subjetividade intrínseca ao processo de comunicação. A possibilidade de convergir à prática assistencial, a partir da participação e envolvimento dos membros da equipe de saúde, é o grande diferencial do método utilizado.

Por fim, espera-se que com a realização deste estudo seja possível fortalecer o trabalho da equipe multiprofissional, com vistas a instigar a busca pela eficácia da comunicação interdisciplinar, com foco na segurança do neonato internado em UTI neonatal. Também, se almeja que com os instrumentos de convergência, reforcem os esforços na busca pela consolidação da cultura de segurança do paciente, e que

a comunicação seja compreendida em sua complexidade sócio- histórico- cultural, solidificada na sua representação transversal junto à equipe.

O estudo apresentou algumas limitações, sendo essas reflexas à execução das atividades laborais da entrevistadora junto do local de estudo. Sendo assim, a análise mais profunda na exposição dos dados podem ser limitadas, tendo em vista os desconfortos de cunho pessoal e profissional que podem ser decorrentes da execução e apresentação do estudo. Além disso, no que tange a convergência, o estudo sofreu interferência em virtude da pandemia de COVID-19, que limitou os encontros em grupos, para apresentação de dados e construção da convergência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francisco Adriano Vicente de; COSTA, Maria Lúcia Alves de Sousa. Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v. 62, n. 2, p.85-91, 2017.

ALMEIDA, Rita Tereza de; CIOSAK, Suely Itsuko. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n. 4, 2013.

ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de; SILVA Maria Júlia Paes; PUGGINA, Ana Cláudia. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.41. n.3, p. 419-25, 2007.

ARAUJO, Alessandra Teixeira da Câmara; EICKMANN, Sophie Helena; COUTINHO, Sônia Bechara. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil (Recife)**, v. 13, n. 2, p. 119-128, 2013.

ARAÚJO, James Maxuel Fernandes. **A comunicação interpessoal na saúde: o direito à informação na interação entre o médico e o paciente**. Orientadora: Gonçalves, Elizabeth Moraes. 2010. 291 f. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo dos Campos, 2010.

ARAÚJO, Marcos Antonio Nunes. et al. Segurança do paciente na visao de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

ARMITAGE, Gerry. *Human error theory: relevance to nurse management*. **Journal of Nursing Management**, n.17, p. 193-202, 2009.

BAGNASCO, Annamaria et al. *Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department*. **Intensive Emergency Nursing**, v.21, n.3, p. 168-72, 2013.

BARBOSA, Ingrid de Almeida et al. O processo de comunicação na Telenfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 765-72, 2016.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Brasil: Edições 70, 2011.

BARLEM, Edison Luiz Devos et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enf (Goiânia)**, v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008.

BELELA-ANACLETO, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.2, p.442-445, 2017.

BERGAMIM, Marília Doriguello; PRADO, Cândia. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Revista brasileira de enfermagem [online]**. v.66, n.1, p.134-137, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a21.pdf>. Acesso em abr 2020.

BERLO, David Kenneth. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e à prática. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BOHOMOL, Elena. Ensino sobre Segurança do Paciente em curso de graduação em Enfermagem na perspectiva docente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180364, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200213&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 dez. 2020.

BORGES, Fabieli *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem na uti-adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. ISSN 2176-9133.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Relatórios dos Estados – Avenços adversos - Brasil**, Brasil, 2019. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados/2>. Acesso em 2019.

BRASIL, ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. Anexo2: **Protocolo de identificação do paciente**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jul 2013b.
BRASIL. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, 2011, n.1. 1 v.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) nº 41 de Outubro de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasil, 2018

BRASIL. Portaria Nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013 do Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica. Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000 do Ministério da Saúde**. Norma de orientação para implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html#:~:text=O%20Ministro%20de%20Estado%20da,rec%C3%A9m%20nascido%20de%20baixo%20peso. Acesso em 13 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº. 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2013.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, v.19. n.3, p.467-474, 2015.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.1, p. 97-103, 2012.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cíntia Silva. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2012.

CALDANA, Graziela *et al.* Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem (Florianópolis)**, v. 24, n. 3, p. 906-11, 2015.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CASTELLS, Manuel. **Comunicacion y poder**. Maria hernandéz (trad). Madri: Alianza editorial, 2009.

CARVALHO, Lisa Antunes. *et al.* Resignificando teoria dos vínculos profissionais no trabalho em enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. v.24, n.1, e20190138, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190138.pdf. Acesso em 2020.

CHATZIIOANNIDIS, Illias; MITSIAKOS, George; VOUZAS, Fotis. *Focusing on patient safety in the Neonatal Intensive Care Unit environment*. **Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine**. v. 6, n. 1, p. 1-7, 2017.

COMMITTEE ON MEASURING THE IMPACT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION ON COLLABORATIVE PRACTICE AND PATIENT OUTCOMES; BOARD ON GLOBAL HEALTH; INSTITUTE OF MEDICINE. *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. **National Academies Press (Washington DC)**, v. 15, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338360>. Acesso em: 15 mar 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 311/07. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG)**. Legislação e normas. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 37-54, 2015.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 4. ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

COREN (BR). **Boas Práticas: Cirurgias Segura**. São Paulo (SP): COREN, 2011. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2009/12/cirurgia-segura.pdf>. Acesso em: dezembro 2020.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 19, n. 53, p. 311-324, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140552.pdf>. Acessado em: 20 fev. 2020.

CORNELL, Paull; GERVIS, Marry Townsend, YATES, Lauren *et al.* . Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. **Medsurg Nurs**. v.23, p. 334-42, 2014.

CORONA, Arminda Rezende de Pádua Del; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista da SOBECC (São Paulo)**, v. 20, n. 3, p. 179-185, 2015. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/88>. Acesso em set 2019.

COSTA, Theo Duarte da. **Avaliação do cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva**: na visão de profissionais, pacientes e familiares. Orientadora: Viviane Euzébia Pereira Santos. 2015. 157f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2015.

COSTA, V. **Segurança do Paciente e o papel do Enfermeiro**. São Paulo:__, 2015.

COUGHLIN, Mary; GIBBINS, Sharyn; HOATH, Steven. *Core measures for developmentally care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice*. **Journal of Advanced Nursing**. v. 65, n. 10, p. 2239-2248, 2009.

COWIN, Lanne; EAGAR, Sandy. *Collegial relationship breakdown: a qualitative exploration of nurses in acute care settings*. **Collegian**, v. 20, n. 2, p.115-121, 2013.

DANIELS Kay, AUGUST, Tamika. *Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training*. **Seminars in Perinatology**. v. 37,n. 3, p. 146-50, 2013.

DIAS, Jéssica Davi *et al.* Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n.4, p. 866-873, 2014.

DOMINGUES, Aline Natália *et al.* A enfermagem e a segurança do paciente. **Revista Espaço para Saúde**, v. 1, n. 3, 2012.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; BOECK, Jocemara Neves. Trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde (Rio de Janeiro)**, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FASSINI, Patrícia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FAVA, Sandra Valesca Vasconcelos. **Comunicação entre enfermeiros e acompanhantes de recém-nascidos em uti neonatal como indicador de segurança do paciente**. Orientadora: Lucilane Maria Sales da Silva. 2016. 88f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

FELIPE, Tânia Roberta Limeira; SPIRI, Wilza Carla. Construção de um instrumento de passagem de plantão. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 7, 2020.

FERREIRA, Larissa de Lima *et al.* Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 73, n. 2, e20180542, 2020 .

FÍGARO, Roseli. Paulo Freire, comunicação e democracia. **Comunicação & Educação**, v. 20, n. 1, p. 7-15, 2015.

FÍGARO, Roseli. **Relações de Comunicação no Mundo do Trabalho**. São Paulo: Annablume, 2014.

FONTENELE, Fernanda Cavalcante *et al.* Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Escola Anna Nery [Internet]** 2012;16(3):480-5. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: abr 2020.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da tolerância**. 3. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1979

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; RONDON, Jennifer Nunes; JESUS, Ludmylla Neves De. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v.17, n.1, p 14-20, 2017.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz.; SOUZA, Júlia Salomé; XAVIER, Saraiva Xavier. A Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. **Revista de enfermagem (UFPE on line Recife)**, v.7, p.928-36, 2013.

GIBBINS, Sharyn *et al.* The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. **Advances in Neonatal Care**. v. 8, p. 141-7, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GODINHO, Jannaina Sther Leite. **Educação permanentem em enfermagem em uti neonatal**: pesquisa exploratória de campo. Orientadora: Tavares, Claudia Mara de Melo. 2009.110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

GOMES Andréa Tayse de Lima *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**. v. 70, n. 1, p. 139-46, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0146.pdf>. Acesso em maio 2019.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 146–154, 2017.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE on line** (Recife), v. 10, s. 4, p. 3646-52, 2016.

GOMES, Adriana Pereira Trindade de Souza *et al.* Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

GONCALVES, Leilane Andrade *et al.* Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem (USP São Paulo)**, v. 46, n. spe, p. 71-77, 2012.

GONÇALVES, Mariana Itamaro. **Comunicação na passagem de plantão da equipe de unidade de cuidado intensivo neonatal e os fatores relacionados à segurança do paciente**. Orientadora: Patrícia Kuerten Rocha. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

GONÇALVES, Mariana Itamaro *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, e2310014, 2016.

GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; SORTORI, Vanessa. Avaliação de crianças nascidas pré-termo a partir dos reflexos neonatais, frequência respiratória e doenças associadas. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 139-151, 2012.

GUARESCHI, Pedrinho. Relações comunitárias relações de dominação. In: CAMPOS, Regina Helena Dreitas. (Org.). **Psicologia Social Comunitária**. Petrópolis: Vozes, 2007, 81-99 p.

GUZINSKI, Célia *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180353, 2019.

GUZZO, Gabriela Manito *et al.* Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4500016, 2018.

HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL. **Histórico Institucional do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas**. HE UFPel/EBSERH. Pelotas, 2018. Disponível em: <https://portal.ufpel.edu.br/historico/>. Acesso em: 16 jul, 2020.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**: parte I. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
HOLLY, Cheryl; POLETICK, Eileen. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **Journal of clinical nursing**, v.23, p.2387-95, 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **SBAR**: Situation-Background-Assessment-Recommendation, 2017. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. Acesso em 28 mar, 2019.

JOHNSON, Hope; KIMSEY, Diane. Patient safety: break the silence. **AORN J.** v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACREDITACION SECURITY HOSPITAL (JCIASH). **Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International**. 5. ed. Illinois, USA, 2017. Disponível em: https://www.jcrlnc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/default-folders/items/ebjcih14s_sample_pagespdf.pdf?db=web&hash=2FDF6AAA5982DDD7F436F6705EAD529. Acesso em 2020.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **International Patient Safety Goals 2008**. AMGH, 2013. 478 p.

KAMADA, Ivone; ROCHA, Semíramis Melani Melo. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista da Escola Enfermagem da USP**. v.40, n. 3, p. 404-11, 2006.
KINGSTON L, O.N.H.; DUNNE C.P. Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. **The Journal of Hospital Infection**. v.92, n. 4, p. 309-20, 2016.

KVITKO, Luis Alberto. Iatropatogeniay el uso incorrecto del término "enfermedad iatrogénica". **Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal**. v. 8, n. 2, p. 1-2, 2003.

LANZILLOTTI, Luciana da Silva. *et al.* Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.37–946, 2015.

LEAPPE, Lucian. New world of patient safety. **The Archives of Surgery**, v. 144, n. 5, p. 394-98, 2009.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; FIGUEIREDO, Regina. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em:

http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 26 dez. 2020.

LELIS, Ana Luíza Paula de Aguiar et al. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, v.15, n.4, p. 694-700, 2011.

ELLIOT, Malcome; LIU, Yisi. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal of Nursing**, v.19, n. 5, p. 300-305, 2010.

MARQUES, Patricia de Araújo; MELO, Caetano Prates Melo. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 374-80, 2011.

MARQUES, Liete de Fátima Gouveia; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol. **Administração e Liderança em Enfermagem**: teoria e prática. Trad. Regina Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MAXFIELD, David *et al.* Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 209, n. 5, p. 402- 8, 2013.

MIASSO, Adriana Inocenti; CASSINI, Silvia Helena De Bortoli. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.34, n.1, p.16-25, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 320 p.

MONTANHOLI, Liciane Langona; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011.

MONTSERAT-CAPELLA D, CHO M, LIMA RS. **A Segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe**. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília (DF): ANVISA, 2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em out 2019.

MORATH, Julianne *et al.* Patient safety as an academic discipline. **The Journal of Pediatrics**, v. 155, n. 3, p. 303-304, 2009.

MÜLLER, Martin *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **British Medical Journal (open)**, v.8, e022202, 2018.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299–309, 2015.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NOVARETTI, Maria Cristina Zago *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, Jamile Rocha; XAVIER, Rosa Malena Fagundes; SANTOS JÚNIOR, Aníbal de Freitas. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-678, 2013.

OLIVEIRA, M.C.B. **Desenvolvimento do recém-nascido de muito baixo peso: o que fazer para melhorar seu prognóstico?** v. 10, n. 1, p. 95-138. PRO RN. Secad: 2012.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n 4, 2014.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidas** (Orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 29 p.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS), 1. ed. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PAESE, Fernanda; SASSO, Teresinha Marcon Dal Sasso. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAIM, Roberta Soldatelli *et al.* Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** (Brasília), v. 7, n. 3, p. 1256-70, 2016.

PAIM, Lygia, TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. **Pesquisa convergente assistencial**. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadores. Metodologias da pesquisa em enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; BERTI, Sergio Alberto Rupp de. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.

PANCIERI, Ana Paula *et al.* *Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital*. **Revista Gaucha de Enfermagem**. v. 34, n. 1, p.71-8, 2013.

PANESAR, Rahul *et al.* *The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric Intensive Care Unit*. **American Journal of Medical Quality [Internet]**. v. 31, n. 1, p. 64-8, 2016.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. In: Salles CLS, Carrara D. Cirurgia segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. 109-17p.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], Botucatu, v. 22, s. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2020.

PEÑA, Astier *et al.* *Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria*. **Atencion Primária (Barc. Ed. impr.)**, v. 48, n. 1, p. 3-7, 2016.

PEREIRA, Afonso Celso *et al.* Iatrogenia em cardiologia. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 75-78, 2000.

PÉREZ, Juan *et al.* *Procedure adverse events: nursing care in central venous catheter fracture*. **Enfermagem Clínica**, v. 24, n. 2, p.148-53, 2014.

QUEIROZ, Danielle Teixeira *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

QUITÉRIO, Ligia Maria *et al.* Eventos Adversos Por Falhas De Comunicação Em Unidades De Terapia Intensiva. **Revista Espacios**, v. 37, n. 30, p.19, 2016.

RAJU, Tonse; SURESH, Gautham.; HIGGINS, Rosemary. *Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: Research and Educational Opportunities*. **Pediatric Research**, v. 70, n. 1, p. 109-115, 2011.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. Comunicação e saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. Comunicação não verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p.164-170, 2012.

REASON, James. **Human error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

REASON, James. **Human error**: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, p. 768-770, 2000.

REASON, James. **Human error**. 20. ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REIBNITZ, Kenya Schmidt *et al.* Pesquisa convergente-assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 702-7, 2012.

RIBEIRO, Bárbara Caroline Oliveira; SOUZA, Rafael Gomes; SILVA, Rodrigo Marques. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. **Revista Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 3, p. 167-75, 2019.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-25, 2012.

RODRIGUES, Fernanda Araujo *et al.* Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. **Cogitare Enfermagem**, v. 23; n. 2, e52166, 2018.

ROWLANDS, Sophie; CALLEN, Joanne. *A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team*. **European Journal of Cancer Care**, ecc.12004, 2012.

SÁ NETO, José Antonio De. **Enfermagem cuidando do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: um olhar ético da ação profissional. Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues. 2009.103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SALES, Camila Balsero *et al.* *Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018.

SANTOS Margarida Custórdio Dos *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 47-57, 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 11 p. 3203-3212, 2013.

SCHILLING, Maria Cristina Lore. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital**. Orientador: Cleusa Maria Andrade Scroferneker. 2017. 226 f. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

SILVA, Aline Teixeira *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate** (Rio de Janeiro), v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016

SILVA, Amanda Cristina Martins Reis *et al.* A importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais. **Revista Educação Meio Ambiente e Saúde**. v.7 n.1, 2017.

SILVA, Andréia Cristina Araújo *et al.* A Segurança Do Paciente Em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa Da Literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp, p. 01–09, 2016.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 12, v. 3, p. 422, 2010.

SILVA, Gusavo Dias Da. **Erros de Medicação Na UTI Neonatal - Construção de um Protocolo Gerencial A Partir Dos Incidentes Críticos**. Orientador: Zenith Rosa Silvino. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

SILVA, Micheline Fátima *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: Segurança do paciente pediátrico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016 .

SILVA, Maria Julia Paes. Comunicação de más notícias. Artigo de Revisão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira *et al.* Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-10, 2016.

SOUSA, Fernanda Coura Pena *et al.* A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, e1180016, 2017.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. v.1. In: Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. v.1. Fiocruz: EAD, 2014.

SOUZA, Aspácia Balise Gesteira. **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**: cuidados ao recém-nascido de médio e alto risco. São Paulo: Atheneu, 2015.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

TAMEZ, Raquel. **Enfermagem na Uti Neonatal** - Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco . 5. ed. Editora: Guanabara Koogan, 2013.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel Event Alert**. *A complimentary publication of The Joint Commission*, v. 58, n. 12, 2017.

THOFEHRN, Maria Buss *et al.* Teoria dos vínculos profissionais: visão dos enfermeiros que a implementaram no Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 2, maio 2013.

THOFEHRN, Maria Buss; LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria dos Vínculos Profissionais**: formação de grupo de trabalho. Pelotas: Editora Universitária UFPEL, 2009.

TOMAZONI, Andreia *et al.* *Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755–763, 2014.

TOMAZONI, Andreia *et al.* . Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e64996, 2017 .

TRAVASSOS, Cláudia; CALAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente**: histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf> . Acesso em 2019.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia ; SILVA, Denise Guerreiro Silva. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, H.T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 63-78, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. 2. ed. Florianópolis : UFSC, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Silva. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VALLE, Monia Mara Figueiredo Do. **Caracterização de incidentes com medicamentos segundo a classificação internacional para segurança do paciente**. Orientador: Elaine Drehmer de Almeida Cruz. 2015. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2015.

VOLTOLINI, Bruna Carla *et al* . Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto & Contexto - enfermagem**, Florianópolis ,v. 28, e20170477, 2019 .

WACHTER, Robert. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Amgh, 2013.

WAGNER, R *et al*. **CLER 2016 National Report of Findings, Issue Brief #5: Care Transitions**. Chicago, Illinois: Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2017. Disponível em: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/CLER/ACGME-CLER-ExecutiveSummary.pdf>. Acesso em: 11 jan 2019

WEGNEER, Willian *et al*. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160068, 2016.

WEGNER, William; PEDRO, Eva Neri. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20,n. 3, 2012.

WOLTON, Dominique. **É preciso salvar a comunicação**. São Paulo: Paulus, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**.Genebra: World Health Organization, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Solicitação de autorização para a realização do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientador: Prof^aDr^aViviane MartenMilbrath

Orientanda: Vanessa Acosta Alves

Pelotas, ____ de _____ de 2019.

Ilm^a. Sr.^a. Gestor de Ensino e Pesquisa do Hospital Escola da Universidade Federal
de Pelotas

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V^a.S.^a permissão para desenvolver o projeto de dissertação (cópia em anexo), requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa intitulada “A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial.” Tem como objetivo de pesquisa conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada à segurança do paciente. E como objetivo de Prática Assistencial, aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, da unidade de terapia intensiva neonatal.

Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, assim como a instituição, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Prof^aDr^aViviane MartenMilbrath
E-mail: vivianemarten@hotmail.com

Tel:(53) 984246680

Vanessa Acosta Alves
E-Mail:vanessaacostaalves@hotmail.com

Tel: (53) 984551873

APÊNDICE B: Carta convite ao participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pelotas, ____ de _____ de 2019.

Prezado,

Dirigimo-nos a Vossa Senhoria para consultar a possibilidade de participação na pesquisa intitulada “A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial.” Esta tem como objetivo de pesquisa conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada à segurança do paciente. E como objetivo de Prática Assistencial, aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, da unidade de terapia intensiva neonatal.

A pesquisa será parte do projeto de dissertação da mestrandia Vanessa Acosta Alves, requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof^aDr^a Viviane MartenMilbrath.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 3.424.144 em 28 de junho de 2019. Em observância às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, bem como serão estimados os preceitos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, principalmente os capítulos I e II sobre os direitos e deveres, e também o capítulo III que dispõe sobre as proibições, atentando aos artigos 94 e 98. Na certeza de contar com sua, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Prof^aDr^aViviane MartenMilbrath
E-mail: vivianemarten@hotmail.com

Tel:(53) 984246680

Vanessa Acosta Alves
E-Mail:vanessaacostaalves@hotmail.com

Tel: (53) 984551873

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada: “A comunicação interprofissional para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial”, que será realizada com profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital escola da cidade de Pelotas/ RS. Esta pesquisa tem como objetivo de pesquisa conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada à segurança do paciente. E como objetivo de Prática Assistencial, aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, da unidade de terapia intensiva neonatal.

PROCEDIMENTOS: A coleta de dados acontecerá por meio de observação participante e entrevista semiestruturada aos participantes da pesquisa. Sendo assim, o período de observação acontecerá em momentos pré estabelecidos junto da chefia de unidade e equipes, onde a pesquisadora estará inserida no local de pesquisa para realizar observações referentes ao objeto de estudo. As entrevistas acontecerão em data e horário, previamente acordados com o senhor (a), bem como em local privativo. Isto só ocorrerá após sua cuidadosa leitura e assinatura do termo de consentimento. Ainda cabe ressaltar que não há determinação prévia para a duração das entrevistas, e lhe será ofertada a garantia de receber informações gerais sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, assim como o esclarecimento e orientação sobre qualquer dúvida referente a esta pesquisa. Os resultados, por sua vez, serão usados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico. Contudo, como risco psíquico para o(a) participante do estudo, a entrevista gravada poderá ocasionar desconforto ao rememorar fatos e situações ocorridas no desempenho de suas atividades profissionais tanto de forma individual ou ainda enquanto membro da equipe de saúde e para minimizar o risco as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem que isso traga prejuízo para a senhor(a), e ainda

assim haverá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto lhe traga penalização ou juízo de qualquer natureza a sua pessoa.

BENEFÍCIOS: O benefício direto para os participantes deste estudo será a troca de conhecimentos e informações sobre a significância da comunicação interprofissional no desempenho do trabalho em equipe para a segurança do paciente neonato internado em unidades de terapia intensiva entre os participantes e a pesquisadora. Como benefício indireto será sua contribuição para a compreensão de possíveis eventos adversos na assistência ao neonato internado em unidades de terapia intensiva decorrentes do processo de comunicação, com o intuito de qualificar a segurança destes pacientes.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já foi dito, sua participação neste estudo será voluntária e você poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo, seu anonimato será assegurado pelo uso de nomes fictícios. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

Reforçamos que serão respeitados os seus direitos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012, conforme expostos anteriormente.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e dos benefícios de minha participação na presente pesquisa. A pesquisadora respondeu à todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar da pesquisa. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Participante da Pesquisa

Orientador

E-Mail: vivianemarten@hotmail.com
Tel: (53) 984246680

Orientando(a)

E-Mail: vanessaacostaalves@hotmail.com
Tel: (53) 984551873

Data ____/____/____

APÊNDICE D: Entrevista Semi Estruturada

I. Identificação:

Nº da entrevista:

Idade:

Formação:

Tempo de formação:

Pós graduação:

Tempo de atuação na área neonatal:

Tempo na UTI Neonatal :

II. Roteiro

1. Para você como ocorre o processo de comunicação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?
2. Como você percebe o processo de comunicação interprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal?
3. Quais os processos de comunicação que possuem maior representatividade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? E quais seriam aqueles necessários para uma assistência segura?
4. Fale-me sobre o que você entende por segurança do paciente neonato internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
5. Para você, qual a relação entre o processo de comunicação efetiva entre profissionais com a segurança do paciente neonato?
6. No seu entendimento, quais as facilidades e dificuldades encontradas pelos membros da equipe em comunicar-se a fim de aprimorar medidas de segurança ao paciente?
7. Com relação a dinâmica institucional, qual sua representatividade da comunicação e seus reflexos, quando não bem desenvolvida, para a segurança do neonato internado em UTI neonatal?
8. Em sua opinião qual a representatividade de capacitações profissionais e padronizações da assistência para o desenvolvimento do processo de comunicação interprofissional?
9. Como você acredita que poderia ser melhorado o processo de comunicação visando a melhoria na assistência e a segurança do paciente?

APÊNDICE E: Roteiro e Modelo de Anotação em Diário de Campo

Roteiro base para desenvolvimento

Data:

Local:

Atividade:

Período:

Participantes:

Notas de Campo	Notas Teóricas-Metodológicas
Percepções da Pesquisadora	

Quadro 07- Roteiro de diário de campo

ANEXOS

ANEXO 1: Artigo de revisão publicado na Revista Ciência, Cuidado e Saúde UEM

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

PATIENT SAFETY IN NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMO:

Objetivo: identificar a produção científica, publicada de janeiro de 2008 a julho de 2019, sobre a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** revisão integrativa, na qual se selecionou 24 artigos que atendiam ao objetivo e aos critérios de inclusão e exclusão com o auxílio do *software* EndNote®. Nesses artigos, analisaram-se os dados referentes à autoria, objetivos, ano de publicação, método, resultados e nível de evidência. **Resultados:** elaboraram-se cinco categorias para apresentar os resultados: O profissional e a segurança do paciente; Comunicação e segurança do paciente; Gestão de qualidade e segurança do paciente; Cultura de segurança; e A família e a segurança do paciente. **Conclusão:** o processo de construção e incentivo à segurança do paciente se dá de forma similar nos cenários nacional e internacional. Os estudos apontam esforços emergentes para a construção da cultura de segurança, arquitetados sob estratégias de gestão de qualidade e segurança, melhoria das condições de trabalho e fatores profissionais, bem como a inserção da família como fator qualificador da assistência.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Recém-nascido; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

Keywords: Patient safety. Neonate. Neonatal Intensive Care Unit. Nursing.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Recién Nacido. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería

INTRODUÇÃO

A temática da segurança do paciente, que visa à redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, está entre as pautas prioritárias para o desenvolvimento de políticas e estratégias na agenda mundial, implantadas pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾. No cenário nacional, a segurança do paciente é regulada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e propõe medidas para reduzir a ocorrência de

incidentes nos serviços de saúde, norteando estratégias para a implementação da cultura de segurança do paciente⁽²⁾.

A iatrogenia está presente e, por muitas vezes, parece inevitável em ambientes de alta complexidade e com predomínio da tecnologia médica. Nesses ambientes, as taxas de eventos adversos da assistência são substancialmente mais altas, resultando em danos permanentes. Infelizmente, estes podem ser classificados como evitáveis em sua maioria, com isso é necessário compreender o processo assistencial visando identificar causas e preveni-las⁽³⁾.

A organização do processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve ser vista como primordial para a qualidade da assistência prestada, fazendo com que a identificação de erros tenha como foco a causa, e não o causador, e como objetivo a qualificação da assistência. Nesse panorama, a Agência Nacional de Segurança Sanitária destaca que dentre os incidentes ocorridos em unidades hospitalares, a maioria está em setores de internação e nas unidades de terapia intensiva, totalizando 28,86% das notificações no país entre os anos de 2014 e 2018. No que tange aos neonatos, as iatrogenias notificadas contabilizam 3,53% dos 255562 casos notificados⁽⁴⁾.

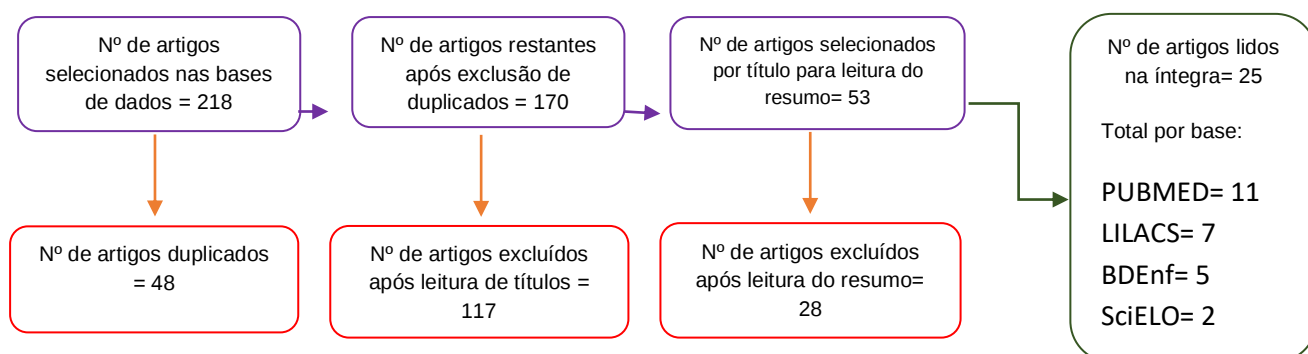
Em UTIN, a cultura de segurança do paciente deve estar associada a fatores individuais e coletivos, seja no modo de pensar e agir ou na forma de prestar uma assistência segura, construída em equipe a partir das vivências e da partilha de conhecimento em prol da segurança do neonato⁽⁵⁾. Isso requer dos gestores e profissionais a capacidade de se articular com os membros da equipe multiprofissional para prestar cuidados com qualidade, focando na segurança do paciente. Partindo desses pressupostos, delimitou-se como questão norteadora: o que tem sido publicado sobre a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos últimos 10 anos? Com o objetivo de identificar a produção científica publicada entre os anos de 2008 e 2019 sobre a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que buscou identificar a produção científica, publicada de janeiro de 2008 a junho de 2019, sobre a segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para sua elaboração, seguiram-se os seguintes passos: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão⁽⁶⁾.

A busca ocorreu nas bases eletrônicas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), National Library of Medicine National of Health (PubMed) e na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A coleta dos dados ocorreu em julho de 2019, utilizando os seguintes descritores em saúde (Decs) e Medical Subject Headings (Mesh): Patient safety; intensive care units, neonatal; Intensive care, neonatal; e Patient safety; Patient safeties; Intensive care units, neonatal; Intensive care, neonatal; Newborn intensive care units; Neonatal ICU, conforme especificidades de cada base. Utilizaram-se os operadores booleanos OR e AND a fim de criar os blocos para pesquisas: Patient safety OR Patient safeties (bloco 1); Intensive care units, neonatal OR Intensive care, neonatal OR Newborn intensive care units OR Neonatal ICU (bloco 2) e, por fim, Bloco 1 AND Bloco 2.

Para a seleção dos estudos, incluíram-se pesquisas publicadas em inglês, português e espanhol. Excluíram-se os resumos de comunicação em congressos, notícias, cartas ao editor e estudos duplicados, para tanto foi utilizado o *software* Endnote®, que é gerenciador de bibliografias para publicação de artigos científicos. Identificaram-se, no total, 218 artigos; após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, selecionaram-se 25 artigos para análise, conforme Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma para descrição da seleção de artigos

Para análise dos 25 estudos selecionados, realizou-se uma síntese dos resultados encontrados, conforme apresentado no Quadro 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos estudos selecionados, estes foram distribuídos de acordo com as informações: autor(es), ano, objetivo, tipo de estudo (TE – Qualitativo e/ou Quantitativo) e nível de evidência (NE – nível I a VII)⁽⁷⁾. Realizaram-se, posteriormente, a categorização e a interpretação dos resultados⁽⁶⁾. Dos achados, 84% têm versão na língua inglesa, 48% em língua portuguesa e 24% em língua espanhola. Destes, 12 produções brasileiras, 9 americanas, 2 espanholas e 2 do território da Palestina.

Após a síntese dos resultados encontrados nos artigos, constituíram-se as seguintes categorias: O profissional e a segurança do paciente; Comunicação e segurança do paciente; Gestão de qualidade e segurança do paciente; Cultura de segurança; e A família e a segurança do paciente.

Quadro 01 - Quadro de artigos selecionados

Nº	Título	Autor/Ano	Objetivo	TE/NE
5	Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team	Tomazoni A <i>et al.</i> /2014	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	Quantit./ VI
8	Impact of Resident Duty Hour Limits on Safety in the ICU: A National Survey of Pediatric and Neonatal Intensivists	Typpo KV <i>et al.</i> /2012	Entender como mudanças regulatórias atuais ou futuras podem impactar a segurança em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal acadêmica.	Quantit./ III
9	Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout	Sexton JB <i>et al.</i> /2014	Avaliar a associação entre o recebimento de <i>feedback</i> sobre as ações tomadas como resultado de “Walk Rounds”. Além de avaliações do trabalhador de saúde acerca da cultura de segurança do paciente e Burnout em 44 unidades de terapia intensiva neonatal (NICUs). Por meio de participação ativa da qualidade de gestão em sala de parto estruturando-se uma iniciativa de melhoria.	Quantit./ VI
10	Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture	Profit J <i>et al.</i> /2014	(1) Testar as propriedades psicométricas de uma breve escala de burnout de quatro itens; (2) Fornecer dados de <i>benchmarking</i> de burnout e resiliência da unidade de terapia intensiva neonatal em diferentes unidades e tipos de cuidadores; (3) Examinar as relações entre o burnout do cuidador e cultura de segurança do paciente.	Quantit./ VI
11	Higher Quality of Care and Patient Safety Associated with Better NICU Work Environments.	Lake H <i>et al.</i> /2016	Investigar as associações entre o ambiente de trabalho da UTIN, a qualidade do atendimento, a segurança e os desfechos dos pacientes.	Quantit./ VI
12	Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais	GonçalvesMI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A /2016	Identificar fatores relacionados à segurança do paciente quanto à comunicação no processo de passagem de plantão das equipes de enfermagem.	Quant./ VI
13	Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais	Gonçalves MI <i>et al.</i> /2017	Identificar como a segurança do paciente é contemplada na passagem de plantão de equipes de Enfermagem em Unidades de Cuidados intensivos neonatais.	Quant./ VI
14	Competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos em UTI neonatal [tese]	Rocha RM /2016	Mapear as competências do enfermeiro para o gerenciamento dos eventos adversos na UTI Neonatal; descrever as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na UTI Neonatal; identificar os eventos adversos ocorridos na UTI Neonatal; correlacionar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na UTI Neonatal relacionadas aos eventos adversos com as competências profissionais.	Qualit./ VI
15	Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do	Fioreti FCC <i>et al.</i> /2016	Analisar o uso das ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente.	Qualit./ VI

	paciente neonatal			
16	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	Santiago THR, Turrini RNT /2015	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e a cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos Hospital Surveyon Patient Safety Culture (HSOPSC) e o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).	Quantit./ VI
17	Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care	Tomazoni A <i>et al.</i> /2015	Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de hospitais públicos de Florianópolis.	Quantit./ VI
18	Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional [dissertação]	Notaro KAM /2017	Analisar a cultura de segurança do paciente em três unidades de neonatologia de hospitais públicos na perspectiva da equipe multiprofissional.	Quant./ VI
19	Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva	Reis FFP <i>et al.</i> /2017	Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde.	Qualit./ VI
20	Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units in the Gaza Strip, Palestine: A Need for Policy Change	Abu-El-Noor NI, Hamdan MA, Abu-El-Noor MK, Radwan AKS, Alshaer A. /2016	Avaliar a cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) nos hospitais da Faixa de Gaza e avaliar a cultura de segurança em relação às características dos cuidadores.	Qualit./ VI
21	Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments	Profit J <i>et al.</i> /2016	Avaliar a variação no clima de segurança e trabalho em equipe e no ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal e comparar a medição de escalas de cultura de segurança usando dois instrumentos diferentes (Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)).	Quantit./ VI
22	Validação de conteúdo dos <i>checklists</i> de segurança do paciente no cuidado de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação]	Silva DCZ /2019	Validar o conteúdo de <i>checklists</i> de cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta.	Quant./ VII
23	Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales [tese]	Soria EM /2012	Conhecer a percepção de erros na assistência ao paciente, os aspectos positivos (pontos fortes) e negativos (fraquezas) de cultura de segurança (CS) entre os médicos e os enfermeiros em UTI neonatal.	Quantit./ VI
24	Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	Tomazoni A <i>et al.</i> /2017	Descrever a segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem e medicina de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	Qualit./ VI
25	Towards a safety culture in the neonatal unit: Six years experience	Ruiz MT <i>et al.</i> /2015	Esforço coletivo de uma instituição para direcionar seus recursos para o objetivo da segurança.	Quantit./ III
26	Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire	Hamdan M /2013	Medir a cultura de segurança, examinar as variações entre as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e avaliar as associações com as características do cuidador.	Quantit./ VI

28	Parents' perspectives on safety in neonatal intensive care: a mixed-methods study	LyndonA, <u>Jacobson CH</u> , <u>Fagan KM</u> , <u>Wisner K</u> , <u>Franck LS</u> . /2014	Descrever como pais de bebês na UTIN conceitualizam a segurança do paciente e que tipos de preocupações eles têm sobre segurança.	Qualit./VI
29	Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais	Rodrigues FA, Wegner W, Kantorski KJC, Pedro ENR /2018	Analisar como os pais identificam a segurança do paciente em unidade neonatal.	Qualit./VI
30	Parents' Perspectives on Navigating the Work of Speaking Up in the NICU. AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses	Lyndon A, <u>Wisner K</u> , <u>Holschuh C</u> , <u>Fagan KM</u> , <u>Franck LS</u> /2017	Descrever as perspectivas dos pais e a probabilidade de se manifestar sobre questões de segurança na UTIN e identificar barreiras e facilitadores para os pais se manifestarem.	Qualit./VI
31	A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro	Sousa FCP <i>et al.</i> /2017	Compreender a influência da participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva de enfermeiros.	Qualit./VI
32	A Rounding system to enhance patient, parent, and neonatal nurse interactions and promote patient safety	Graci A /2013	Avaliar as rodadas de conforto como uma abordagem para atender às necessidades de pacientes e familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).	Qualit./VI

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Formação e atuação do profissional perante a segurança do paciente

No panorama mundial acerca da segurança do paciente, é imperativo que se reflita sobre o sistema educacional e o modelo empregado nos cursos de graduação e residência das áreas das ciências da saúde. Sendo importante também destacar que a temática sofre influência direta de fatores relacionados ao exercício profissional, como a carga horária de trabalho e o cansaço do profissional que presta a assistência direta⁽⁸⁾.

Nesse contexto, participantes de um estudo apontam que a reestruturação de currículos e a redução de horas de residência não melhoraram a cultura de segurança do paciente ou diminuíram a taxa de erro nesse setor. Pelo contrário, ao restringir a atuação de médicos residentes, aumentaram os eventos adversos no cuidado fornecido pelos profissionais da instituição, que sofreram com uma maior sobrecarga de trabalho⁽⁸⁾.

A *Leadership WalkRounds®* é uma técnica utilizada para aprimorar a qualidade da

assistência, em que ocorrem visitas de diretores aos setores a fim de observar e interagir com os funcionários enquanto estes executam a assistência. Essa estratégia objetiva promover o trabalho coeso entre gestão e assistência visando identificar e dissolver possíveis barreiras à eficiência, qualidade ou segurança do paciente⁽⁸⁾. A interação gerencial não ocorre com a mesma frequência em UTIN do que nas demais unidades de um hospital, o que expõe os trabalhadores da saúde a maior estresse, propiciando o surgimento da síndrome de Burnout⁽⁹⁾.

A alta prevalência de Burnout entre profissionais atuantes em UTIN, especialmente os da enfermagem, associa-se significativamente à cultura pobre de índices de segurança, sendo estes importantes indicadores da qualidade do cuidado⁽¹⁰⁾. Com isso, é certo reforçar que a qualidade do trabalho e a segurança deste variam conforme o clima institucional e organizacional da UTIN. Portanto, faz-se necessário um ambiente que permita à equipe desenvolver espaços de discussão para a melhoria na assistência a fim de trabalhar em conjunto com seus gestores para identificar e abordar corretamente falhas na cultura de segurança do paciente, uma vez que ambientes saudáveis de trabalho propiciam melhores resultados e menos adoecimento da equipe⁽¹¹⁾.

Comunicação e segurança do paciente

A comunicação é considerada primordial para a segurança do paciente, podendo ser escrita e/ou verbal. As equipes utilizam-na na passagem de plantão visando manter a continuidade da assistência, contudo ela ainda apresenta fragilidades e necessita de readequações para garantir a segurança do paciente^(12,13).

Dentre as fragilidades está a forma segregada com que ocorre, muitas vezes somente entre profissionais de mesma formação. Assim, fica evidente a necessidade de modificações nesse cenário para que a assistência seja organizada de forma multidisciplinar visando operacionalizar e articular ações que garantam a qualidade do cuidado e a redução de eventos

adversos^(12,13).

Esse momento deve ser valorizado pela equipe a fim de reduzir fatores que interfiram no processo, tais como aqueles relacionados à elegibilidade da modalidade, à presença de equipes multidisciplinares, às interrupções, às conversas paralelas, aos atrasos e saídas antecipadas, aos ruídos, às informações relevantes repassadas, bem como ao grau de formação e ao processo de contínua atualização. Nesse sentido, as escolas de formação técnica e superior podem atuar inserindo em seus currículos disciplinas voltadas à segurança do paciente, estimulando o trabalho multidisciplinar⁽¹²⁾.

Gestão de qualidade e segurança do paciente

A gestão de qualidade e os eventos adversos em UTIN estão enraizados no trabalho do enfermeiro, que desempenha diversas ações que instrumentam a qualidade da assistência, o que exige habilidades e competências específicas para o gerenciamento de eventos adversos. Para tanto, é necessário que haja uma constante atualização profissional, favorecendo o enfrentamento desse ambiente de alta complexidade assistencial⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, as ferramentas de gestão com foco na segurança do paciente devem ser utilizadas continuamente, subsidiando as práticas cotidianas, visando aperfeiçoar resultados e garantir um cuidado seguro. Nesse contexto, é preciso haver gestão de processos para analisar a assistência, possibilitando a segurança do paciente e um ambiente de trabalho saudável⁽¹⁵⁾.

A gestão de risco, instrumento-chave nos esforços por uma assistência de qualidade e segura, precisa ser vista de forma individualizada e direcionada às particularidades de cada cliente por meio de ações preventivas sistematizadas, resolutivas e continuadas, com o protagonismo do trabalho em equipe, adequando-se ferramentas que facilitem essa gestão, em especial a auditoria e o *feedback*⁽¹⁶⁾.

A cultura de segurança

Estudos comprovam que em UTIN e pediátrica a cultura e o clima de segurança do paciente apresentam melhores índices, o que sugere que a possibilidade da relação afetiva entre profissional e paciente contribui para uma assistência mais segura, mesmo não estando integralmente instituída⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Como proposta para a melhoria nesses resultados está o investimento de esforços na utilização dos instrumentos *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* HSOPSC^(17-20,21).

Essas ferramentas possibilitam várias oportunidades na busca por melhoria na cultura de segurança do paciente, apesar de apresentarem diferenças sistemáticas que impossibilitam o uso concomitante das mesmas⁽²¹⁾. Ainda que existam particularidades culturais entre países, as ações de supervisão e aprendizado organizacional destacam-se como âncoras à implementação da cultura de segurança do paciente, tendo como pilares o incentivo a adesão às normas de segurança e o aprendizado e promoção de mudança por meio de erros comunicados^(17-20,21).

Por outro lado, a formulação de estratégias com vistas à segurança do paciente apresenta diversas barreiras, principalmente quando se fala em construção de um instrumento para reger a prática segura em UTIN. É necessário selecionar as atividades prioritárias e expressar orientações claras e objetivas a fim de servir como modelo para a construção de novas ferramentas de segurança, direcionar a assistência à prevenção do risco, fornecer dados de indicadores da qualidade e auxiliar no registro físico das informações⁽²²⁾.

Existem microculturas locais dentro das organizações que servem para interpretá-las em uma faixa de tempo a fim de avaliar seus processos, contextos e estratégias em prol de um cuidado seguro⁽¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁹⁻²¹⁾. Com o reforço desses instrumentos é possível evoluir no processo de comunicação de eventos adversos do cuidado, facilitando o relato de informações que corroborem na melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde^(16-19,20).

Contudo, apesar de inúmeros investimentos para qualificação, a cultura de segurança ainda se mostra frágil, podendo-se fortalecer o estímulo da notificação pelos profissionais, em substituição ao sistema punitivo, por meio da cultura de aprendizagem⁽¹⁸⁻²⁶⁾. A gestão e os processos gerenciais também são fatores importantes para uma construção sólida da cultura de segurança nas instituições. A implementação de ambientes de discussão, reflexão e aprendizagem, envolvendo os líderes das instituições e os profissionais da assistência, é um meio de garantir uma assistência segura, bem como uma transição para uma cultura de segurança do paciente mais positiva e proativa, compreendendo o corpo de profissionais, gestão, paciente e familiares em um movimento equânime^(5,17-26-27).

A família e a segurança do paciente

Para os familiares de neonatos internados em UTIN, a segurança é vista como uma combinação das ações conjuntas das equipes e dos pais, que podem contribuir para o monitoramento e a melhora das condições físicas, emocionais e de desenvolvimento de seu filho⁽²⁸⁾. As práticas seguras para medicação e administração de leite, controle de infecção, episódios apneicos ou outros problemas respiratórios, conforto físico da criança e as consequências potenciais dos tratamentos, falta de controle dos visitantes e insuficiência de informações são as principais preocupações dos pais^(28,29).

Ademais, os familiares ainda destacam como fator primordial para a manutenção de uma assistência segura a qualidade e a consistência técnica da equipe, bem como os cuidados posturais e o manejo da dor prestados pela mesma, tendo como foco central as necessidades fisiológicas particulares dos neonatos, considerando o desenvolvimento seguro⁽²⁸⁾.

O ambiente altamente tecnológico da UTIN interfere no vínculo entre os pais e o bebê, sendo necessário olhar de forma cuidadosa a segurança emocional, principalmente daqueles familiares de neonatos que permanecem internados por um longo período. Nesse contexto, a

equipe é apontada como um fator chave para o vínculo, favorecendo a possibilidade da paternidade e maternidade efetiva⁽²⁹⁾.

Dessa forma, o acolhimento efetivo deverá ser o pilar de sustentação dessa complexa relação que se desenvolve na UTIN, uma vez que traz benefícios ao neonato e aos seus genitores, facilitando a adaptação da família a esse ambiente e consolidando a relação equipe-família-paciente, devendo-se considerar o grau de vulnerabilidade do paciente a fim de minimizar as emoções e inseguranças geradas pela internação⁽²⁸⁻³¹⁾.

A continuidade do cuidado e das práticas assistenciais, a comunicação da equipe e a constante vigilância dos neonatos também se destacam como preocupações constantes para a família, sendo que a rotatividade de profissionais na equipe põe em cheque a habilidade dos mesmos, assim como sua capacidade de reconhecer o neonato como um indivíduo, percebendo mudanças sutis em seus quadros clínicos, o que reflete na insegurança da família que tenta compensar essas deficiências aumentando sua própria vigília à beira do leito, quando possível⁽²⁸⁾.

Portanto, é importante que a equipe insira os pais no processo de tomada de decisões, partilhando informações realísticas que compreendam o quadro clínico do paciente, em linguagem acessível e de fácil compreensão, reforçando a comunicação efetiva⁽²⁸⁻³⁰⁻³¹⁾. Isso pode ser alcançado inserindo os pais nos “rounds” ou rodadas de confronto, em que são discutidos os casos clínicos e tomadas de decisões para cada paciente com a presença da equipe visando compartilhar informações e empoderar os familiares. Além disso, podem ser utilizados *folders* e lembretes informativos voltados ao familiar, o acolhimento e a explanação das rotinas no momento da admissão na UTIN, monitoramento do conforto e manutenção de um ambiente seguro e organizado à beira do leito de forma individualizada⁽²⁸⁻³²⁾.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se compreender como ocorre o processo de construção e de incentivo à segurança do paciente. É possível reconhecer um panorama equânime nos cenários nacional e internacional na busca pela implementação de práticas e melhorias visando uma assistência mais segura em UTIN.

Destaca-se a necessidade urgente de mudanças culturais tanto referentes à segurança do paciente quanto na formação profissional que considerem a inserção da família no cuidado ao bebê como auxiliar no controle e redução de iatrogenias, bem como na promoção da assistência humanizada, em detrimento da figura de representatividade punitiva e de criticidade extrema às práticas assistenciais que hoje permeiam as crenças dos profissionais de saúde.

Ressalta-se que ainda existem lacunas e carências acerca da temática comunicação e segurança do paciente. Considerando a relevância desse tópico para a construção de um cuidado seguro, acredita-se que mais estudos devam ser realizados sobre a temática, de forma que seja possível executar um cuidado seguro e com custo-efetividade satisfatório ao sistema de saúde, bem como à família e ao desenvolvimento seguro desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Silva ACA, *et al.* a Segurança Do Paciente Em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa Da Literatura. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. esp, p. 01–09, 2016 [acesso em julho de 2019]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>.
2. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013 [acesso em: 25 setembro 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
3. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 937–946, 2015 [acesso em 30 setembro de 2018]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>.
4. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatórios dos Estados-Eventos adversos-Arquivos, Brasil, 2019 [acesso em: 12 abril 2020]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>

5. Tomazoni A, rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 5, p. 755–763, 2014 [acesso em 15 outubro 2018]. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto –Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 10 julho de 2019]. 28:e20170204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>.
7. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
8. Typpo KV *et al.* Impact of Resident Duty Hour Limits on Safety in the ICU: A National Survey of Pediatric and Neonatal Intensivists. *Pediatr. Crit. CareMed.* 2012 [acesso em 15 outubro de 2018]. 13(5): 578–582. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/pcc.0b013e318241785c>.
9. Sexton JB *et al.* Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Quality & Safety* 2014 [acesso em 15 outubro de 2018]. 23:814-822. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002042>.
10. Profit J *et al.* Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety* 2014 [acesso em 20 outubro de 2018]. 23:806-813. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-002831>.
11. Lake H *et al.* Higher Quality of Care and Patient Safety Associated with Better NICU Work Environments. *Journal of Nursing Care Quality.* 2016 [acesso em 20 outubro de 2018]. 31(1):24-32. DOI: <https://doi.org/10.1097/ncq.000000000000146>.
12. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto Contexto - Enferm.*, 2016 [acesso em 05 novembro de 2018]. 25(1):e2310014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>.
13. Gonçalves MI *et al.* Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Revista baiana de enfermagem.* 2017 [acesso em 10 novembro de 2018] 31(2):e17053. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17053>.
14. Rocha RM. Competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos UTI neonatal [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2504>.
15. Fioreti FCC *et al.* Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. *Rev.Enferm. UFPE online.* Recife,10(11):3883-91, nov. 2016 [acesso em 13 novembro de 2018]. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201609.
16. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* [Internet]. 2015 [acesso em 22 novembro de 2018] 49: 123-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>.
17. Tomazoni A. *et al.* Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto contexto - Enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 22 novembro de 2018]; 24(1): 161-169. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.
18. Notaro KAM. Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal De Minas Gerais; 2017. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-AUUNPX>.

19. Reis FFP et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem e Atenção Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 10 novembro de 2018]; 6(2):34-48. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i2.1991>.
20. Abu-El-Noor NI, Hamdan MA, Abu-El-Noor MK, Radwan AKS, Alshaer A. Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units in the Gaza Strip, Palestine: A Need for Policy Change. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016 [acesso em 15 dezembro de 2018]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.016>.
21. Profit J et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ Quality & Safety* 2016 [acesso em 11 dezembro de 2018]; 25:954–961. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003924>.
22. Silva DCZ. Validação de conteúdo dos checklists de segurança do paciente no cuidado de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal De Minas Gerais; 2019. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ENFC-BB5KLR>.
23. Soria EM. Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales [tese]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas; 2012. Disponível em: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/soria_etelvina_del_milagro.pdf.
24. Tomazoni A. et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017 [acesso em 13 de dezembro 2018] 38(1):e64996. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>.
25. Ruiz MT et al. Towards a safety culture in the neonatal unit: Six years experience. *An Pediatr (Barc)*. 2015 [acesso em 13 de dezembro 2018];83(4):236---243. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.12.012>.
26. Hamdan M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*, 2013 [acesso em 23 de dezembro 2018]; 28, 886.e7–886.e14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.002>.
27. Gaiva M, Souza J. Erros de administração de medicamentos em unidades de terapia intensiva neonatal / Medication administration errors in neonatal intensive care units. *Ciência, Cuidado e Saúde* 14.2015 [acesso em 15 abril 2020]. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i3.25445>.
28. Lyndon A, [Jacobson CH](#), [Fagan KM](#), [Wisner K](#), [Franck LS](#). Parents' perspectives on safety in neonatal intensive care: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety* 2014/2013 [acesso em 23 de dezembro 2018];23:902–909. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003009>.
29. Rodrigues FA, Wegner W, Kantorski KJC, Pedro ENR. Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. *Cogitare Enfermagem*. (23)2: e52166, 2018. [acesso em 17 de fevereiro de 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52166>.
30. Lyndon A, [Wisner K](#), [Holschuh C](#), [Fagan KM](#), [Franck LS](#). Parents' Perspectives on Navigating the Work of Speaking Up in the NICU. *AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. *BMJ Quality & Safety*, 2017 [acesso em 08 março de 2018]. 23(11), pp. 902–909. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.06.009>.
31. Sousa FCP, et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto Contexto – Enferm.*, 2017 [acesso em 14 março de 2018]; 26(3):e1180016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>.
32. Graci A. A Rounding system to enhance patient, parent, and neonatal nurse interactions and promote patient safety. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing*, JOGNN, 42, 239-242; 2013 [acesso em 17 de fevereiro de 2018]. DOI: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12011>.

ANEXO 2: Exemplificação e esquematização da execução da fase de síntese de dados.

PERGUNTA: PARA VOCÊ COMO OCORRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL?		
RESPOSTA	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA
P01- Tem o <u>escrito</u> , que é o <u>check list</u> que a gente passa, até <u>recadinho</u> que a gente passa neh escrito, mas mais é <u>oral</u> mesmo, a comunicação na <u>passagem de plantão</u> que a gente <u>fala de um profissional para outro</u> , mas até que tem o check list a gente <u>anota</u> alguma coisinha ali.	• O Registro • Check-list • Recadinho • Anota	Comunicação escrita
	• Oral • Fala de um profissional para outro	Comunicação oral
P02- Na maioria das vezes por <u>prescrições</u> e <u>comunicações</u>	• Prescrições • Comunicações	Comunicação escrita
P03- Geralmente ocorre com as <u>evoluções</u> e <u>passagem de plantão</u> .	• Evoluções	Comunicação escrita

	• Passagem de plantão	de Comunicação oral
P04- Acho que ela ocorre <u>através de documentos</u> ou seja, <u>sistemas formais</u>, como o AGHU que nós temos aqui, como as <u>evoluções</u> e de <u>forma mais informal</u> também, como as <u>conversas que nós temos</u> no dia a dia, dentro da própria rotina né.	• Através documentos • Evoluções	de Comunicação escrita
	• Sistemas formais	Comunicação formal
	• Mais informal	Comunicação informal
	• Conversas que nós temos	Comunicação oral
P05- Acho que a gente tem a <u>comunicação verbal na passagem de plantão</u>, tem a <u>comunicação escrita através dos registros dos colegas</u>, a gente se informa, acho que é isso.	• Comunicação verbal na passagem de plantão	Comunicação oral
	• Comunicação escrita através dos registros dos colegas	Comunicação escrita
P06- Desde as <u>mais informais</u> né, partindo da <u>comunicação interpessoal entre os profissionais</u>, tá, do popular <u>boca a boca</u>,	• Mais informais	Comunicação informal

até a <u>forma mais oficial</u>, digamos assim, que é através de <u>escritas e informações em prontuários</u> e <u>passagem de plantão entre os colegas</u>	• Comunicação interpessoal entre os profissionais Comunicação oral • Passagem de plantão • Forma mais oficial Comunicação formal • Escritas e informações em prontuários Comunicação escrita
P07- Eu em relação a quem? Acho que é tranquilo assim, a gente tem liberdade de chegar no médico, <u>conversa com os colegas...</u> <u>Pelo olhar, pelos gestos, pela escrita</u>, pelo olhar, pelos gestos.	• Conversa com os colegas Comunicação oral • Pelo olhar Comunicação gestual • Pelos gestos • Pela escrita Comunicação escrita
P08- Olha ela, pra mim ela é <u>verbal</u> primeiramente, segundo <u>se usa a tecnologia dos aplicativos atualmente</u>.	• Verbal Comunicação oral

	Se usa a tecnologia dos aplicativos atualmente	Comunicação por meios eletrônicos
P09- A forma de comunicação acho que é, <u>passar a informação verbalmente</u> né, objetivamente, pra que fique menos duvidas possíveis, eu acho que <u>a prescrição</u> é uma forma de comunicação, também acho, a gente tava até comentando que tem que ser bem objetiva quanto menos informações excessivas menor chance de dar margem a erros né, hã... Eu acho que é isso, acho que assim, comunicação... Eu gosto de <u>prescrever e passar verbalmente</u> as alterações.	Passar a informação verbalmente	Comunicação oral
	- A prescrição - Prescrever e passar verbalmente as alterações	Comunicação escrita
P10- Eu <u>vou até os profissionais</u> , e aí, <u>coleto as informações</u> que pra mim são pertinentes. Então eu acabo indo atrás da informação, não sei se é isso que tu quer saber? Eu procuro <u>no sistema</u> , a onde a gente tem as <u>evoluções</u> , tanto evolução médica, como a da enfermagem, da fonoaudiologia e da fisioterapia, ou as vezes também no próprio <u>prontuário físico</u> , como aconteceu agora no ultimo paciente que internou que não estavam os dados no sistema, estavam a mão, e aí eu só encontrei no prontuário físico.	Vou até os profissionais[...] colete informações [...]	Comunicação oral
	- No sistema [...] evoluções - Prontuário físico	Comunicação escrita
P11- Ah então, o processo de comunicação começa a partir da <u>passagem de plantão</u> né, que a gente coloca todas as intercorrências do	- Passagem de plantão - Comunicação verbal	Comunicação oral

paciente, como foi o plantão, tudo que aconteceu no plantão, a gente também tem <u>o check list escrita</u>, então, porque as vezes a gente acaba fazendo tanta coisa que a gente acaba esquecendo né, as vezes o que ocorreu então... o <u>check list</u> é uma maneira de lembrar a gente e também se caso verbalmente seja esquecido alguma coisa né.. então é uma maneira da gente lembrar um pouco de tudo que aconteceu ali. Depois tem a <u>evolução do paciente</u> que faz parte da SAE que também a gente faz, que pra mim, eu vejo como uma maneira de comunicação, acho que era isso, e a <u>comunicação verbal mesmo entre a equipe</u> né”	entre equipe • Check-list escrita Comunicação escrita • Evolução do paciente
P12- Só <u>verbal</u>, e entre nós <u>o olhar</u> né	• Verbal Comunicação oral • O olhar Comunicação gestual
P13- <u>Diálogo, conversa, entre os profissionais</u> é dialogo e conversa e <u>o computador</u>. As vezes com <u>a chefia a gente se comunica com algum programa o SEI, quando tem que assinar algum documento</u>, alguma coisa assim.	• Diálogo, conversa, entre os profissionais Comunicação oral • O computador Comunicação escrita/ Comunicação por meios eletrônicos

	A chefia a gente se comunica com algum programa [...] quando tem que assinar algum documento	Comunicação por meios eletrônicos/ Comunicação formal
P14- A forma mais comum <u>é verbal</u>, e tem a forma escrita, as evoluções, as prescrições, e... as vezes tem gestual também.	Verbal	Comunicação oral
	A forma escrita, as evoluções, as prescrições	Comunicação escrita
	Gestual	Comunicação gestual
P15- Eu enxergo uma boa comunicação, entre todos. Eu enxergo <u>mais a verbal</u>.	Mais verbal	Comunicação oral
P16- A comunicação dentro da UTI se desenvolve através de dois fatores principais, entre médicos e o restante da equipe, o primeiro deles é a <u>prescrição</u> e o segundo deles é a <u>informação verbal, a passagem que se faz no contato boca a boca</u>.	A prescrição	Comunicação escrita
	Informação verbal, a passagem que se faz no contato boca a boca.	Comunicação oral

P17- Bom, eu acho que a principal é <u>comunicação verbal entre os profissionais</u>, comunicação de como está o paciente, essas coisas assim, alterações, ou no caso, eu como sou fisioterapeuta, como foi a fisio, né, passar essas coisas, e eu acho que também, a <u>comunicação via prontuário</u>, né, seja <u>no sistema ou seja escritos</u> e também um outra forma de comunicação, não deixar de ser comunicação, a <u>prescrição</u>. Então eu acho que são as principais.	• Comunicação verbal Comunicação entre os oral profissionais
	• Comunicação via Comunicação prontuário no escrita sistema ou seja escritos • Prescrição

ANEXO 3 : Procedimento operacional padrão de Comunicação Efetiva discutido com a equipe e proposto à chefia e instituição

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. OBJETIVO(S)

Aprimorar a comunicação entre os profissionais, dos profissionais com os pacientes e familiares, entre os processos internos, entre outros serviços de saúde e com a comunidade.

2. MATERIAL

3. DEFINIÇÕES

- Comunicação efetiva: Quando o significado pretendido da fonte e o significado percebido pelo receptor são virtualmente o mesmo;
- Comunicação: Significa “partilhar, participar algo, tornar comum. O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um receptor, que interpreta uma determinada mensagem;
- Evento Adverso (EA): Falha na assistência que resulta em danos à saúde;
- Informação: A informação pode ser considerada uma comunicação em potencial. Pode ser estocada, armazenada e também pode ser codificada e depois reconvertida num segundo momento (descodificada). Assim, não temos comunicação sem informação;
- Técnica do Read Back: Ler de volta. Quem solicita fala pausadamente, quem escuta a ordem anota e, se necessário pede que solete e, ao final, repete a leitura para o solicitante que confirma o pedido;
- Técnica SBAR: Modo padronizado e simples de comunicar informação importante, se referindo a Situation (situação), Background (história prévia), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendação);

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Este procedimento direcionará o processo de comunicação e informações a serem transmitidas em todo o processo de assistência ao paciente neonato, a fim de reduzir os eventos adversos e melhorar a segurança do paciente. Por sua vez, para que as informações clínicas sejam transmitidas de forma consistente, são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada. Sendo assim, este processo deverá ser preciso, completo e sem ambiguidade, para ser compreendido pelo receptor. O maior risco de iatrogenias envolvendo a comunicação encontra-se na transição do paciente entre os processos, seja interno (entre turnos e setores), ou externo (entre instituições de saúde), (ALVES; MELO, 2019).

4.1 Processos norteados pela aplicabilidade de técnicas de comunicação:

- *Ordem verbal de solicitação de medicamento:* Serão permitidas somente em situações de emergência. Quando utilizada deverá aplicar a técnica de **Read Back** (repetir a ordem verbal), para certificação de que o que foi solicitado e anotado esteja absolutamente de acordo com o desejo do médico que solicitou, e deverá ser prescrito no sistema informatizado imediatamente após a intercorrência.
- *Comunicação de Resultados Críticos de Exames de Diagnóstico:* A informação pode ser dada pessoalmente ou por telefone. Aplicar a técnica de **Read Back**, para certificação de que a informação e o registro estejam absolutamente de acordo com o resultado do exame, e logo após inserida no sistema laboratorial e/ou de imagem.
- *Transição interna:*
 - Passagem de plantão: A passagem de plantão dar-se-á durante a troca de turno, devendo evitar interrupções e ruídos que interfiram na concentração e apreensão das informações transmitidas.

A passagem de plantão da Unidade de cuidados Intensivos Neonatal seguirá a técnica de **SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)** em instrumento adaptado.

- Passagem de Transição entre Unidades:

Transferência entre as Unidades pertencentes à Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos Neonatal- A equipe de enfermagem realiza o preenchimento do check list de transferência entre unidades, o mesmo deve ser acrescido dos documentos físicos do paciente e conferidos ao serem recebidos na unidade. Deve ser realizada a transferência oral de dados do paciente conforme instrumento adaptado.

Transferência para realização de procedimentos cirurgicos: A equipe de enfermagem realiza o preenchimento do check list de cirurgia segura, acresce à prescrição do dia do paciente, folha de parada cardiorespiratória, folha de sinais e histórico médico. Deve ser realizada a transferência oral de dados e observações referentes ao procedimento ao ser realizado e particularidades a serem observadas no paciente durante a realização do procedimento. Ao término do procedimento a equipe que irá realizar o transporte deve receber o feedback oral e escrito do procedimento, manejo e intercorrências.

- *Transição externa:* No momento da transferência do paciente para a unidade móvel, é informada a evolução do paciente utilizando a técnica de SBAR, acrescido do check list de transferência e cópia dos documentos do paciente.

4.2 Registro Seguro:

As anotações em prontuários devem ser feitas de forma clara, concisa e com letra legível por toda a equipe multiprofissional, devendo constar: data, horário das anotações, assinatura legível do profissional responsável e número de registro do respectivo conselho profissional ou rubrica e utilização do carimbo legível. Quando realizadas por via eletrônica, a evolução deve ser impressa assinada e carimbada pelo profissional. Se necessário inserir dados adicionais estes devem ser feitos a mão e seguidos de assinatura e carimbo.

As siglas, símbolos e abreviaturas são permitidas somente quando padronizadas no siglário da instituição.

5. REFERÊNCIAS

Alves M, Melo CL. **Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro**. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em 10 de jun de 2020];23:e-1194 Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190042

Institute for Healthcare Improvement. **SBAR Communication Technique**. SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation. [Internet] [citado em 10 jan. 20]. Disponível em: <http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Elaboração:	Data: ____/____/____
Revisão:	Data: ____/____/____
Validação:	Data: ____/____/____
Aprovação:	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

ANEXO 4: Procedimento operacional padrão do Método SBAR discutido com a equipe e proposto à chefia e instituição

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento	TRANSIÇÃO INTERNA COM UTILIZAÇÃO DE MÉTODO SBAR	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

7. OBJETIVO(S)

Transmitir informações de maneira organizada, clara e padronizada de forma que a informação essencial ao cuidado mantenha uma trajetória contínua e seja de acesso a todos os membros da equipe, mantendo assim a continuidade, efetividade e qualidade da assistência.

8. MATERIAL

9. DEFINIÇÕES

- Técnica SBAR: Modo padronizado e simples de comunicar informação importante, se referindo a Situation (situação), Background (história prévia), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendação).

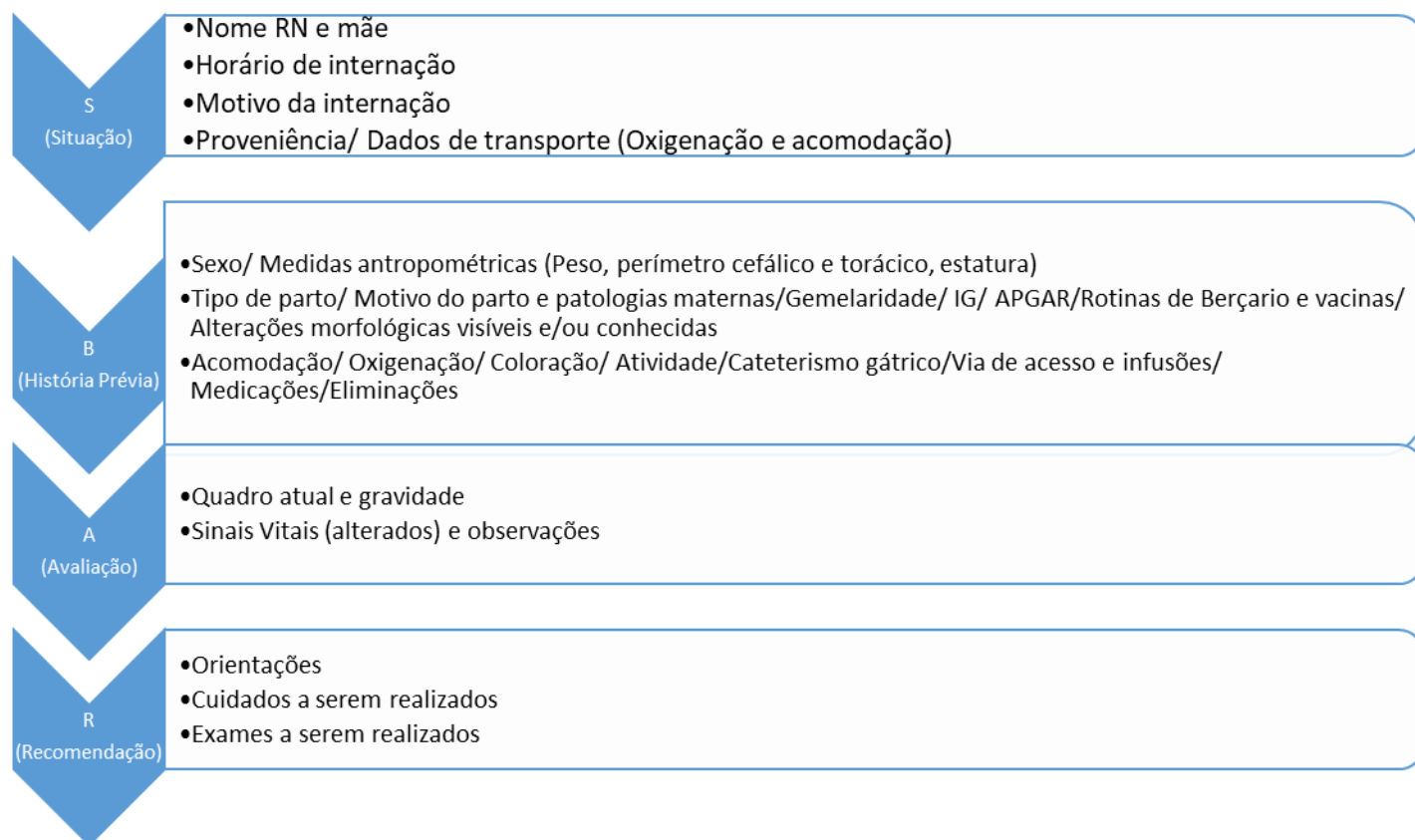
10. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Aplicar esse instrumento a todos os pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

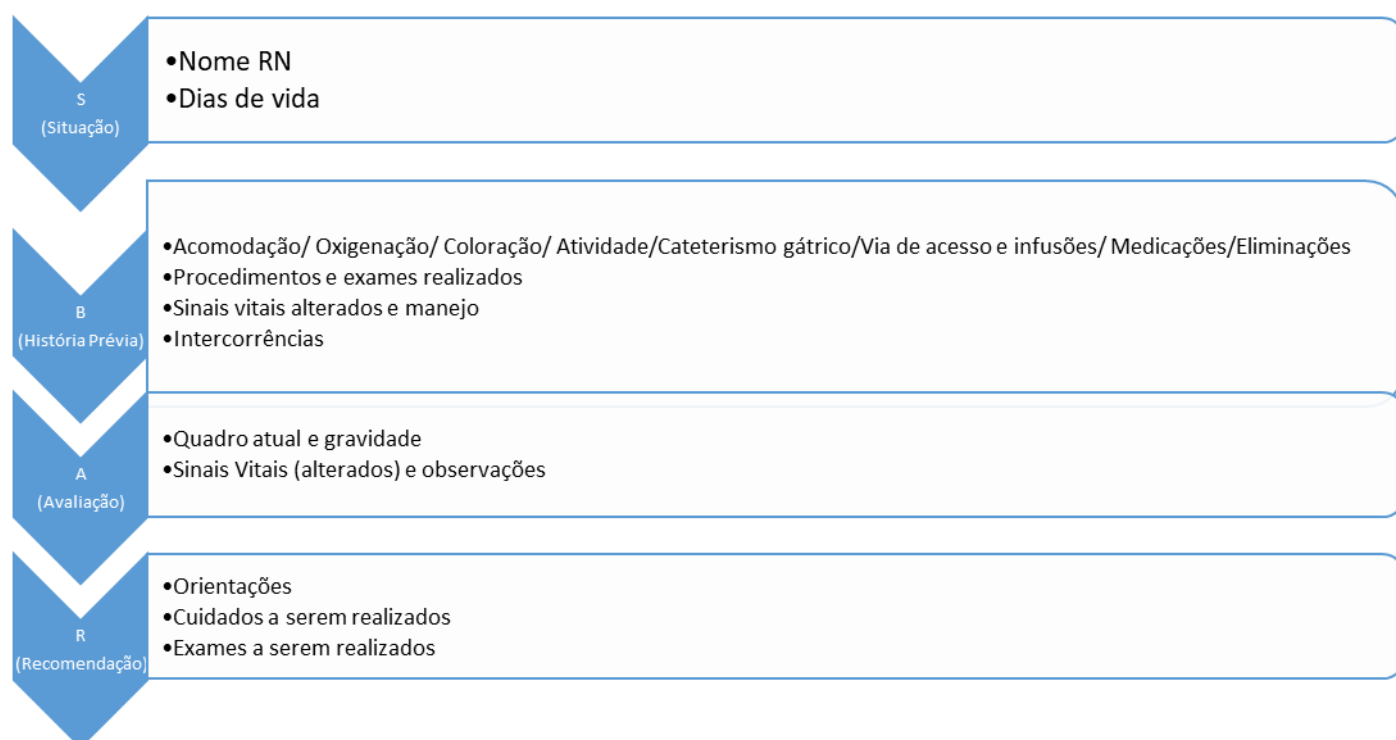
10.1 Processos norteados pela aplicabilidade de técnicas de comunicação:

A passagem de plantão da Unidade de cuidados Intensivos Neonatal seguirá a técnica de **SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)** em instrumento adaptado.

- Transição interna de pacientes admitidos no turno.



- Transição interna de pacientes em acompanhamento



11. REFERÊNCIAS

Institute for Healthcare Improvement SBAR Communication Technique. SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation. [Internet] [citado em 10 jan. 20]. Disponível em: <http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

VER SÃO	DAT A	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Elaboração:	Data: __/__/____
Revisão:	Data: __/__/____
Validação:	Data: __/__/____
Aprovação:	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

ANEXO 5: Check-List de Cirurgia Segura adaptado para paciente neonato discutido com a equipe e proposto à chefia e instituição

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM NEONATOLOGIA

Data: _____ Horário de saída da Unidade: _____

Setor de Origem: _____

Procedimento a ser realizado: _____

Médico Cirurgião Responsável: _____

Identificação do Paciente (Etiqueta)

UNIDADE DE ORIEM -CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

-Documentação

Pulseira de identificação ☐

Pasta com documentos ☐

Exames ☐

Prescrição do dia e folha de parada atualizada ☐

Folha com 24 etiquetas do paciente ☐

- Sinais Vitais

FC: _____ PA: _____ HGT: _____

FR: _____ PAM: _____

Tax: _____ SO2: _____ Horário: _____

- Oxigenação

Tipo: _____

% de O2: _____

- Cateterismo Venoso

Tipo: _____

Localização: _____

Infusão: _____

Realizada flush para verificar permeabilidade: Sim () Não () Volume infundido: _____

Recomendações: Em cateteres do tipo PICC utilizar seringas de 10, 20 e 60 cc.

- Cateterismo Gástrico

Tipo: _____

Tempo de Jejum: _____

- Cateterismo Vesical: Sim () Não ()

Responsável pelo preenchimento: _____

BLOCO CIRÚRGICO -CHECKLIST PÓS-OPERATÓRIO

- Sinais Vitais

FC: _____ PA: _____ HGT: _____

FR: _____ PAM: _____

- Oxigenação

Tipo: _____

% de O2: _____

TAX: ____ SO2: ____ Horário: ____

Breve descrição do procedimento:

Intercorrências: _____

Medicações e volumes _____

infundidos: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

ANEXO 6: Check-List de Cirurgia Segura em vigência na Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
HOSPITAL ESCOLA

EBSERH
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DATA: ____/____/____

SETOR DE ORIGEM: _____

ETIQUETA PACIENTE

UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

ALERGIAS (conforme informações colhidas): _____

Lesão cutânea () Sim () Não Local: _____

Procedimento/cirurgia: _____ Lateralidade: _____

Tempo de jejum (atentar para última ingesta - líquidos/sólidos): _____

RETIRADO ADORNOS:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO PRÓTESES:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO APLIQUE REMOVÍVEL DO CABELO	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO ROUPAS ÍNTIMAS:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO ESMALTE DE TODAS AS UNHAS	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
COLOCADO CAMISOLA:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA
PULSEIRA:	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SE APLICA

ACESSO VENOSO:	☐ SIM	☐ NÃO
PERIFÉRICO	☐ MSE	☐ MSD
CENTRAL	TIPO: _____	
OUTRO:	_____	
DATA DA PUNÇÃO:	NUMERO DO DISPOSITIVO PERIFÉRICO: _____	

PRONTUÁRIO CORRETO (PASTA DOS MÉDICOS, PRESCRIÇÃO DO DIA E SINAIS VITAIS):	
PASTA MÉDICO	_____
PASTA ENFERMAGEM – ATENTAR SE CONTEM PRESCRIÇÃO, FOLHA DE SINAIS E FOLHAS DE EVOLUÇÃO	_____

EXAMES (todos):	☐ SIM	☐ NÃO
24 ETIQUETAS:	☐ SIM	☐ NÃO

SINAIS VITAIS	
Horário: ____:____ H	_____
PA: _____ mmHg	Temperatura axilar: _____ °C
Frequência cardíaca: _____ bpm	Frequência respiratória: _____ rpm
SpO2: _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dL

Assinatura e carimbo do profissional da enfermagem do setor: _____

ANEXO 7: Carta de anuência assinada pela Instituição



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado **A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial** submetido para apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa do HE-UFPel/EBSERH, sob o protocolo nº 00859/19 pela pesquisadora **Vanessa Acosta Alves** e sob a orientação da **Profª. Viviane Marten Milbrath** está **APROVADO** para ser realizado na **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal** do Hospital Escola.

A aprovação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e à entrega do Parecer Consubstanciado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa a esta gerência, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Pelotas, 05 de maio de 2019.

Beatriz Farias Vogt
Beatriz Farias Vogt
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HE-UFPel/Ebserh

Beatriz Farias Vogt
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 SIAPE: 1404218
 HE-UFPel / EBSERH

ANEXO 8: Carta de anuência assinada pela Instituição

UFPEL - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A comunicação interprofissional para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma pesquisa convergente assistencial

Pesquisador: Viviane Marten Milbrath

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15349519.4.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.424.144

Apresentação do Projeto:

A segurança do paciente um dos grandes desafios da assistência saúde, ficando evidente a importância da comunicação e do trabalho da equipe para a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Regulamentada, no Brasil, pela Portaria n 529 de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, e sustentada pela Resolução da Diretoria Colegiada 36, que estabelecem o programa nacional, as bases para a promoção da segurança do paciente. Mesmo com todos os esforços para a implementação de uma cultura de segurança do paciente, alguns setores nos quais de alta complexidade clínica e o predomínio de tecnologias duras, como a unidade de cuidados intensivos neonatais, ainda no hospital grande representatividade no quantitativo de produto científica na temática comunicação interprofissional para a segurança do paciente. Sendo assim, a partir desta lacuna, foram elaboradas a questão de pesquisa e a questão de prática assistencial que sustentara esta Pesquisa Convergente Assistencial, so elas respectivamente: Qual a percepção dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional para segurança do paciente?; e Como estruturar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal?. Partindo dos seguintes pressupostos: Os profissionais conseguem identificar as falhas nos sistemas de comunicação e inter-relaciona-las segurança do paciente; Estes também percebem a importância da execução de programas de capacitação para aprimoramento de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.		CEP: 96.010-610
Bairro: Centro		
UF: RS	Município: PELOTAS	
Telefone: (53)3284-3826	E-mail: cepfenufpel@gmail.com	

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.424.144

informações do paciente, como forma de qualificar a assistência; e a assistência em saúde reflexo da cultura organizacional, devendo esta estar firmada em objetivos e estratégias para uma comunicação eficaz, a fim de garantir a primazia da segurança do paciente. A pesquisa tem por objetivo geral de pesquisa conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada segurança do paciente, e de prática assistencial o de aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na unidade de terapia intensiva neonatal. Para o subsídio conceitual interpretação das informações e a sustentação deste estudo serão utilizados os marcos históricos, políticas de saúde propostas até então, o modelo do Queijo Suo proposto por Reason, bem como as especificidades da unidade de cuidados intensivos neonatais, e as características da promoção da segurança ao neonato. Tratar-se-á de uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo e delineamento sustentado pelo método de Pesquisa Convergente Assistencial. Em que a questão norteadora reflexo da prática assistencial em intensivismo neonatal, concebida enquanto equipe. Instrumentada por dados provenientes de observação participante, discussão em grupo e entrevistas, sendo neste estudo escolhida a entrevista individual, que serão realizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, junto dos profissionais que exercem suas atividades profissionais, estimando-se um total de vinte participantes, ou um terço da equipe, tendo em vista o critério de saturação de dados. Após a fase persecutória, serão analisados e interpretados os dados seguindo os passos propostos por Trentini, Palm e Silva. A fim de teorizar a temática e fornecer um arcabouço que possibilita a construção e elaboração de um plano de convergência assistencial, a ser construído junto da equipe, a fim de qualificar a assistência e prestar um cuidado mais seguro. Além de contribuir com o retorno da produção do conhecimento científico instituído e ao meio acadêmico, através de artigos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos Primário:

Conhecer a percepção dos profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal acerca da comunicação interprofissional relacionada segurança do paciente.

Aprimorar o processo de comunicação interprofissional, para promover a segurança do paciente, na unidade de terapia intensiva neonatal.

Objetivo Secundário:

Conhecer as formas de comunicação interprofissional utilizadas na UTI neonatal;

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cep@ufpel@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.424.544

Captura Retransmissão

Identificar como o profissional percebe a influência da comunicação na segurança do paciente;

Descrever as facilidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no processo de comunicação para a segurança do paciente;

Propiciar a construção de estratégias capazes de facilitar o processo de comunicação interprofissional na UTI neonatal a fim de aprimorar a segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico. Contudo, como risco psicológico para o(a) participante do estudo, a entrevista gravada poderá ocasionar desconforto ao rememorar fatos e situações ocorridas no desempenho de suas atividades profissionais tanto de forma individual ou ainda enquanto membro da equipe de saúde e para minimizar o risco as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem que isso traga prejuízo para a senhor(a), e ainda assim haver a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto lhe traga penalização ou juízo de qualquer natureza a sua pessoa.

Benefícios:

O benefício direto para os participantes deste estudo será a troca de conhecimentos e informações sobre a importância da comunicação interprofissional no desempenho do trabalho em equipe para a segurança do paciente neonato internado em unidades de terapia intensiva entre os participantes e a pesquisadora. Como benefício indireto será sua contribuição para a compreensão de possíveis eventos adversos na assistência ao neonato internado em unidades de terapia intensiva decorrentes do processo de comunicação, com o intuito de qualificar a segurança destes pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante considerando a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional de atendimento para reduzir complicações de saúde de pacientes da UTI neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - adequada

Carta de anuência - adequada

TCLE - adequado

Orçamento - adequado

Cronograma - adequado

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3294-3826

E-mail: cep@ufpel@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 3.424.144

Recomendações:

- Realizar devolutiva dos dados aos participantes do estudo, serviço de saúde e comunidade científica.
- Enviar relatório final do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa mediante Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1374131.pdf	26/06/2019 22:38:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	26/06/2019 22:37:53	Viviane Marten Milbrath	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/06/2019 22:29:50	Viviane Marten Milbrath	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	08/06/2019 16:09:00	Viviane Marten Milbrath	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.docx	06/06/2019 17:17:23	Viviane Marten Milbrath	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	06/06/2019 17:14:03	Viviane Marten Milbrath	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	06/06/2019 17:09:25	Viviane Marten Milbrath	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3826

E-mail: cepfenufpel@gmail.com

● Captura Retangular

UFPEL - FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.424.144

PELOTAS, 28 de Junho de 2019

Assinado por:
Juliana Graciela Vestena Zillmer
(Coordenador(a))

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2ª Andar, Sala 212.
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-3826 **E-mail:** cepfenufpel@gmail.com