

# Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal

*Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy*

*Las Buenas Prácticas de seguridad en los cuidados de enfermería en Terapia Intensiva Neonatal*

**Sabrina da Costa Machado Duarte<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5967-6337

**Sílvia Schoenau de Azevedo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8502-0796

**Gabrielle da Costa de Muinck<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7925-311X

**Tainara Ferreira da Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0570-6232

**Maria Manuela Vila Nova Cardoso<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4231-1766

**Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2234-6964

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Duarte SCM, Azevedo SS, Muinck GC, Costa TF, Cardoso MMVN, Moraes JRMM. Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180482. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>

## Autor Correspondente:

Sabrina da Costa Machado Duarte  
E-mail: [sabrina.cmduarte@gmail.com](mailto:sabrina.cmduarte@gmail.com)

EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Cristina Parada

**Submissão:** 17-06-2018    **Aprovação:** 08-03-2019

## RESUMO

**Objetivos:** identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o erro humano nos cuidados de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; analisar as estratégias de Boas Práticas propostas por esses profissionais para a segurança do paciente nos cuidados de enfermagem. **Métodos:** estudo quanti-qualitativo, descritivo. Cenário: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Participantes: 22 profissionais de enfermagem. Coleta dos dados realizada por meio de entrevistas e submetidos a análise temática. **Resultados:** erro humano nos cuidados de enfermagem, identificando-se perdas de cateteres e erros no processo de medicação; causas para o erro nos cuidados de enfermagem, destacando-se a sobrecarga de trabalho; Boas Práticas para a segurança do paciente nos cuidados de enfermagem, como capacitação profissional e melhorias das condições de trabalho. **Conclusões:** demonstre-se a importância de investir em estratégias de Boas Práticas para a Segurança do Paciente, buscando-se sedimentar a cultura de segurança organizacional e estimular um ambiente propício ao gerenciamento do erro.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem; Erros Médicos; Gestão de Segurança.

## ABSTRACT

**Objectives:** to identify the perception of nursing professionals on human errors in nursing care at a Neonatal Intensive Care Unit and to assess Best Practices strategies proposed by these professionals for patient safety in nursing care. **Methods:** this is a quantitative-qualitative, descriptive study. Setting: Neonatal Intensive Care Unit. Participants: 22 nursing professionals. Data collection was performed through interviews and sent to the thematic analysis. **Results:** human errors in nursing care, such as wasted catheters; errors in the medication process; causes for error in nursing care, with a focus on work overload; Best Practices for patient safety in nursing care, such as professional training and improved working conditions. **Conclusions:** it is of utmost importance to invest in Best Practices strategies for Patient Safety, aimed at consolidating the culture of organizational safety and encouraging an adequate environment to manage errors.

**Descriptors:** Patient Safety; Intensive Care Units, Neonatal; Nursing; Medical Errors; Safety Management.

## RESUMEN

**Objetivos:** identificar la percepción de los profesionales de enfermería sobre el error humano en los cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal; analizar las estrategias de Buenas Prácticas propuestas por estos profesionales para la seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. **Métodos:** estudio cuantitativo cualitativo, descriptivo. Escenario: Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Participantes: 22 profesionales de enfermería. La recolección de los datos fue realizada por medio de entrevistas y sometidos al análisis temático. **Resultados:** el error humano en los cuidados de enfermería, identificándose pérdidas de catéteres y errores en el proceso de medicación; causas para el error en los cuidados de enfermería, destacándose la sobrecarga de trabajo; Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en los cuidados de enfermería, como la capacitación profesional y las mejoras en las condiciones de trabajo. **Conclusiones:** se demuestra la importancia de invertir en estrategias de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, buscando sedimentar la cultura de seguridad organizacional y estimular un ambiente propicio para la gestión del error.

**Descriptor:** Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería; Errores Médicos; Gestión de la Seguridad.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio fundamental, sendo considerada um conceito global e uma prática para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(1)</sup>. Os estudos sobre segurança do paciente foram intensificados a partir do relatório *"To err is Human: building a safer health system"*<sup>(2)</sup>, que apresentou estratégias a serem adotadas nos Estados Unidos para reduzir erros humanos na área da Saúde e melhorar a segurança do paciente por meio da criação de um sistema de saúde mais seguro. Foram reveladas as estatísticas de erro médico e a disparidade entre a incidência de erro e percepção pública acerca do assunto, e evidenciada a necessidade de aumentar o nível de segurança do paciente nos cuidados de saúde.

O relatório supracitado utilizou a definição de Reason<sup>(3)</sup> sobre o erro humano, entendido como "a falha de uma ação planejada para ser concluída como pretendido (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento)". Quando a segurança do paciente não é adequadamente implementada, há a ocorrência de eventos adversos, que podem acarretar em aumento de morbidade, mortalidade, tempo de tratamento e dos custos assistenciais<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, destaca-se a importância da adoção das Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde, compreendidas como componentes da Garantia da Qualidade, que asseguram que os serviços sejam ofertados dentro de padrões adequados, buscando, primeiramente, a redução de riscos inerentes à prestação de serviços de saúde<sup>(5)</sup>.

A adoção das Boas Práticas garante que os recursos necessários sejam fornecidos, ressaltando-se recursos humanos qualificados, treinados e identificados, os recursos estruturais e materiais, suporte logístico, procedimentos e instruções aprovados e vigentes. Além disso, garante que as reclamações sobre os serviços oferecidos sejam adequadamente examinadas e registradas, investigando e documentando as causas dos desvios de qualidade, e prevenindo as reincidências<sup>(5)</sup>.

Considerando que a Segurança do Paciente implica a adoção das Boas Práticas, entende-se que a sua implementação contribuirá para o alcance das Metas Internacionais difundidas pela Organização de Mundial de Saúde (OMS), além de favorecer ações de prevenção e de controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e, ainda, de estímulo à participação do paciente no seu próprio cuidado, contribuindo para a sua segurança<sup>(1,5)</sup>.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local que necessita de investimento maciço em Boas Práticas, considerando não somente as necessidades e cuidados imediatos dos recém-nascidos, em grande parte prematuros, mas também a sua condição de saúde instável e a dependência dos diferentes tipos de tecnologia existentes, o que muitas vezes dificulta a interação mais humanizada entre o profissional de saúde e o neonato.

A UTIN é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de neonatos de alto risco, com idade entre 0 e 28 dias, que necessitam de assistência à saúde, altamente capacitada e presente 24 horas por dia. Nessa unidade, é grande a especificidade do cuidado e alto o grau de dependência dos pacientes, que não poderão se envolver e/ou participar do cuidado prestado<sup>(6)</sup>. Destaca-se que, em uma UTIN, os neonatos estão expostos com mais

frequência a erros potencialmente nocivos em consequência da imaturidade fisiológica, habilidades compensatórias limitadas, rápidas mudanças de peso e uma área de superfície corporal pequena, assim como a barreira de comunicação existente entre o paciente e o cuidador<sup>(7)</sup>.

Os profissionais de enfermagem permanecem em contato com o paciente de forma integral, estando aptos a identificar os riscos com maior frequência, além de oferecer valiosas sugestões de melhoria das estratégias de segurança e, conseqüentemente, de redução de erros. Além disso, a UTIN é um sistema complexo que necessita de barreiras específicas, ultrapassando a dedicação, treinamento e vigilância dos funcionários<sup>(7-8)</sup>.

Para o profissional de enfermagem, o erro pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto, sendo importante o investimento em uma cultura de segurança organizacional, que possibilite discussões não punitivas, a compreensão das ocorrências e a adoção de medidas preventivas<sup>(7-8)</sup>. Dessa forma, o gerenciamento do erro poderá ser uma importante ferramenta para a cultura de segurança do paciente com estímulo às Boas Práticas na UTIN.

## OBJETIVO

Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o erro humano nos cuidados de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e analisar as estratégias de Boas Práticas propostas por esses profissionais para a segurança do paciente nos cuidados de enfermagem.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Hospital Federal dos Servidores do Estado. Os dados foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

### Tipo de estudo

Estudo quanti-qualitativo e descritivo, sendo utilizadas as bases conceituais da Teoria do Erro Humano de Reason<sup>(3)</sup> e das Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde<sup>(5)</sup>.

### Cenário do estudo

O cenário foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital geral, público e federal, integrante da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A UTIN é dividida em dois setores: uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com capacidade para 10 incubadoras; e uma Berçário Intermediário (BI), com capacidade para 20 incubadoras e/ou berços, disponibilizados de acordo com a necessidade dos recém-nascidos. Os setores são atendidos pela mesma equipe de saúde multiprofissional, que se subdivide de acordo com uma escala mensal previamente organizada.

## Fonte de dados

A equipe de enfermagem era composta por 52 profissionais, sendo 27 enfermeiros e 25 auxiliares de enfermagem. Foram adotados como critérios de inclusão: ser funcionário estatutário, estar lotado na UTIN e atuar no setor há mais de seis meses; e critério de exclusão: estar afastado da UTIN no período de coleta dos dados, por motivos de férias e licenças diversas.

De acordo com os critérios descritos, foram selecionados 43 componentes da equipe de enfermagem. Entretanto, os participantes foram 22 profissionais, sendo 11 enfermeiros e 11 auxiliares de enfermagem que atuavam nos períodos diurno e noturno. Alegando sobrecarga de trabalho, 12 profissionais não se disponibilizaram para participar do estudo. A coleta dos dados atingiu o ponto de saturação na entrevista nº 16, sendo acrescidas 6 entrevistas, o equivalente a um terço da amostra, o que permitiu que o fechamento amostral por saturação teórica fosse alcançado com segurança<sup>(9-10)</sup>.

O perfil dos participantes foi caracterizado a partir das variáveis sexo, categoria profissional, idade, tempo de formação e de atuação na UTIN. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e receberam codinomes a fim de garantir o anonimato, sendo conferidas as siglas Enf. para enfermeiros e Aux. para auxiliares, seguidas do número da entrevista.

## Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada em uma sala reservada na UTIN, no período de janeiro a março de 2015, por meio de entrevistas individuais, com o auxílio de um roteiro estruturado para a caracterização dos erros, no qual os participantes selecionaram os erros que identificavam durante o cuidado de enfermagem na UTIN, e um roteiro semiestruturado contendo as seguintes perguntas: Como você compreende o erro no cuidado de enfermagem? Fale um pouco sobre as situações de erro vivenciadas ou observadas por você. Quais fatores você acredita que podem contribuir para o erro no cuidado de enfermagem na UTIN? Como o erro no cuidado de enfermagem na UTIN por ser evitado? As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, com duração de aproximadamente 30 minutos, gravadas com um gravador MP4 e transcritas posteriormente.

Os dados referentes ao roteiro estruturado foram analisados com o auxílio do *software* EpilInfo versão 3.5.2™, e os resultados foram apresentados de forma complementar à primeira categoria temática. Os dados referentes ao roteiro semiestruturado foram analisados por meio da metodologia de Análise de Conteúdo<sup>(11)</sup>, compreendendo-se as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Emergiram três categorias, nas quais as Unidades de Contexto são as denominações das categorias e as Unidades de Significação representam as falas dos participantes. As categorias foram analisadas à luz da Teoria do Erro Humano, cujos pressupostos apontam para o estudo dos erros considerando a aproximação pessoal e a aproximação do sistema. A primeira está relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas, ao passo que a segunda considera que os seres humanos falham e que os erros são esperados e considerados mais como consequência do que como causa<sup>(3)</sup>. Ademais, foram utilizados os pressupostos das Boas

Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde, considerando-se o preconizado para assegurar a segurança do paciente<sup>(5)</sup>.

## RESULTADOS

### Caracterização do perfil dos participantes

Dentre os 22 profissionais de enfermagem entrevistados, 50% eram enfermeiras e 50% auxiliares de enfermagem, 100% pertenciam ao sexo feminino e a faixa etária variou de 30 a 55 anos de idade, em que 64% tinham de 30 a 41 anos. Dos entrevistados, 73% possuíam de 6 a 10 anos de atuação na UTIN e 96% relataram tempo de formação maior que 10 anos. Todos os auxiliares de enfermagem participantes possuíam formação técnica em Enfermagem. Entretanto, foram contratados pelo Ministério da Saúde como auxiliares de enfermagem por meio de um concurso público.

### Erro humano nos cuidados de enfermagem na terapia intensiva neonatal

Os entrevistados referiram que o erro não é aceitável e não deve ser justificado:

*Eu não compreendo o erro. Eu acho que não pode existir. Eu não concebo isso. Às vezes, em sala de aula, quando eu falo sobre isso, não tem justificativa. (Enf.3)*

*Eu acho que o erro é inaceitável. Embora a gente saiba que isso é humanamente impossível, em qualquer categoria, em qualquer nível de profissão. A gente sabe que é impossível ser completamente isento de erro, mas nosso objetivo final é que não haja erro. (Enf.2)*

O erro foi reconhecido como consciente pelos entrevistados, conforme os depoimentos:

*Erro é quando você deixa de fazer o que você sabe que é correto fazer. (Enf.22)*

*Você vê lesão de pele por você não fazer o rodízio dos sensores e em UTI Neonatal a pele é muito fina, e tem as lesões por posicionamento quando a criança fica muito tempo no mesmo lugar. (Aux.12)*

Entretanto, alguns entrevistados afirmaram que nunca viram ou cometeram um erro potencialmente grave que pudesse levar o paciente a algum dano ou óbito:

*Não vejo tanta coisa grave aqui não com relação a isso, mas assim, um alarme que, às vezes, não está configurado direito. (Aux.15)*

*Não coisa grave, mas coisa de uma criança está em precaução e não usar a luva. Não tem importância, não vamos usar... esses tipos de coisa. (Aux.16)*

Dentre os erros mais comuns na UTIN, foram citados a perda de cateteres, sondas e drenos, erros no processo de medicamento e extubações acidentais:

*Às vezes, perda de cateter por obstrução. Às vezes, o fluxo é muito pequeno para manter o cateter e, às vezes, obstrui, exterioriza porque traciona de alguma forma. (Enf.10)*

*Troca de medicação entre paciente pela correria. Tem que correr, vai pra lá, vai pra cá, acabou trocando as seringas e fazendo medicação de um em outro. Sorte que não era uma medicação que fizesse mal, tipo dipirona ou bromoprida, mas já aconteceu. (Aux.5)*

*A programação errada das bombas infusoras, que corre em tantos ml/h de uma nutrição parenteral, de medicação, de hidratação venosa e a glicemia elevada. (Aux.14)*

*A leitura inadequada do rótulo, a solução foi instalada no recém-nascido que não tinha peso e condição hepática para receber aquela solução, e causou um dano muito grande. (Enf.2)*

*Questão mesmo de extubação acidental, que acontece muito porque a fixação não é como a do adulto, é diferente, mais solta, presa apenas por esparadrapo, não tem o cuff. É bem diferente do adulto. Então, isso é uma das coisas que acontece muitas vezes. (Enf.18)*

Quanto à caracterização dos erros nos cuidados de enfermagem na UTIN, 81,8% dos entrevistados citaram as perdas de cateteres, sondas e drenos; 68,2% referiram a utilização inadequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); 63,6% a utilização inadequada dos alarmes dos equipamentos; 59,1% as extubações acidentais; e 45,5% o manuseio incorreto de medicamentos, falta de checagem das prescrições médicas e de enfermagem e registro de enfermagem inadequado.

### **Causas para o erro nos cuidados de enfermagem na terapia intensiva neonatal**

Os entrevistados referiram cansaço e desatenção como principais causas de erro na UTIN, atrelados à sobrecarga de trabalho e aos múltiplos vínculos empregatícios:

*O cansaço, a quantidade de pacientes, a quantidade inadequada de pessoas na assistência, material inadequado, porque às vezes você acaba tendo. Tudo leva ao erro, muita coisa leva ao erro. E a desatenção, mas aí eu justifico lá no cansaço. E a falta de comprometimento da pessoa, que é muito importante, a pessoa tem que estar comprometida, não estando comprometida não adianta. (Enf.1)*

*A gente tem uma carga horária de trabalho grande. Muitas vezes, as pessoas trabalham em 2 ou 3 empregos, saindo de um e indo para o outro. Eu acho que o fator cansaço, desgaste emocional, desgaste físico, acho que isso tudo, faz com que numa fração de segundos, as coisas acabem acontecendo. (Enf.9)*

O quantitativo de recursos humanos também foi relacionado à ocorrência do erro na UTIN:

*E agora a gente está vendo muita criança. A assistência fica deficitária quando tem muitas crianças para atender e poucos profissionais, a qualidade fica a desejar. (Aux.6)*

*Eu acho que o número reduzido de pessoas, a falta de pessoal que continua acontecendo, as pessoas são remanejadas para outros setores, as pessoas se licenciam para estudo, as pessoas passam para outros concursos e exoneram. Foi tendo uma redução importante. (Aux.8)*

A falta de recursos materiais na UTIN e a baixa qualidade dos recursos materiais utilizados foram relacionados, pelos entrevistados, ao erro no cuidado de enfermagem:

*Às vezes, a qualidade do material não é boa, o que pode levar a perda de fixação de cateter, de curativo e isso exteriorizar um PICC [Peripheral Insertion Central Cateter], causar uma extubação acidental. (Enf.11)*

*Várias vezes aconteceu de um PICC ser perdido por conta desse material inadequado, de má qualidade. Está rachando e se você não vê a tempo que refluíu o sangue, de lavar esse PICC, para que ele não seja perdido, obstrui e não tem como, tem que retirar. (Aux.8)*

Problemas relacionados à liderança pelos enfermeiros também foram citados como fatores que contribuem para a ocorrência do erro:

*Supervisionar é um dos grandes atributos da nossa profissão, porque a gente lida com pessoas, pessoas que estudam, vão além, fazem faculdade, mas às vezes eles não se dão conta que não é pelo fato de ter feito faculdade que hierarquicamente não tenha que cumprir um papel. Quando ele está em uma instituição, e está lotado naquele local que está abaixo do enfermeiro, começam as crises de liderança. Às vezes são as linhas de pensamento entre os diferentes enfermeiros, funcionários do hospital. A gente tem muita dificuldade por conta deste encontro. (Enf.2)*

### **Boas Práticas para a segurança do paciente nos cuidados de enfermagem na Terapia Intensiva Neonatal**

Os entrevistados citaram estratégias relacionadas às Boas Práticas em Saúde e à Segurança do Paciente para evitar a ocorrência de erros no cuidado de enfermagem na UTIN. Destacaram-se o investimento em capacitação e comprometimento profissional, e melhores condições de trabalho:

*O quantitativo e a qualificação, porque não adianta colocar um monte de gente que não está qualificada. Então, se você vai colocar alguém na assistência, qualifica essa pessoa, se vai colocar alguém no preparo das bandejas, tem que qualificar. Tem uma comissão de curativo, então a gente pode acionar porque sabe que funciona. (Enf.22)*

*Isso aí, educação continuada. Você ter o treinamento diário e constante, até porque a profissão da gente está em constante movimento. Todo dia tem uma coisa nova. Se você não lê, se você não se atualiza, você parou no tempo. Você não vai acompanhar porque todos os dias tem uma tecnologia nova, um respirador novo, uma técnica nova, um jelo novo para treinar. Então, para minimizar os erros tem que ter um treinamento diário, uma educação continuada realmente atuante. (Enf.20)*

*Acho que esse é um fator que ia contribuir muito, se as pessoas que trabalhassem dentro da UTIN, fossem pessoas com formação totalmente em UTIN, porque não são todas as pessoas aqui que tem essa formação. Acho que isso ia melhorar a qualidade, melhorar a assistência e minimizar erros. (Enf.18)*

Os entrevistados destacaram a importância da qualidade dos recursos materiais para a prevenção de erros na assistência de enfermagem na UTIN:

*Então a melhora da assistência, a diminuição da infecção, é lutar pelo material melhor que não se quebra, uma seringa que não vem rachada, uma 'three-way' que não quebra a todo momento. A gente perde cateter por nada aqui. Acho que falta isso. (Aux.19)*

*Por exemplo, se for com relação a bomba infusora, a gente procura colocar as bombas infusoras em locais distanciados, para que você fique bem atento ao que é dieta, ao que é administração de medicamentos. A gente acaba tendo esse cuidado para ter uma margem de segurança. (Aux.6)*

O comprometimento profissional e a necessidade de atenção quanto a assistência prestada foram referidos pelos entrevistados:

*Você precisa se concentrar, prestar mais atenção no que está fazendo, mesmo estando muito cansada, tentar manter uma assistência integral de forma que esteja vendo o que está fazendo. (Enf.9)*

O "round" realizado pela equipe de enfermagem foi pontuado como uma importante estratégia de prevenção de erros, contribuindo para a disseminação das informações e facilitando a comunicação entre todos os profissionais:

*Há tempos atrás nós tínhamos 'round' de enfermagem. Isso era muito bom porque as coisas que você sabia acerca de uma determinada criança, eu sabia também, pois a gente tinha discutido sobre os exames, os resultados, as deficiências que as crianças estavam apresentando. Era conversado de uma forma leve, como os médicos fazem nos 'rounds' deles. Nós fazíamos o nosso 'round'. Então, todas nós tínhamos uma sequência de informação muito boa porque nós tínhamos também uma enfermeira diarista, embora eu tenha sido quase sempre plantonista, nós tínhamos uma enfermeira diarista que exercia esse papel. Então, nós tínhamos uma gama de informação, independente do prontuário, independente das letras que a gente não conseguia ler. (Enf.2)*

A comunicação das intercorrências para a equipe foi citada como estratégia:

*Tento consertar. Eu tento falar com as enfermeiras do plantão para o pessoal ficar mais atento. Geralmente, quando acontece alguma questão, a gente senta e conversa. (Aux.19)*

*Se o erro aconteceu, tem que ser comunicado e a pessoa tem que ser treinada. Tem que comunicar em todas as instâncias e a pessoa tem que ser treinada. Minha equipe é a equipe mais chata que tem aqui, todo mundo é muito comprometido. (Enf.1)*

Os entrevistados referiram a importância do cuidado centralizado no paciente, com o estabelecimento do vínculo entre profissionais e familiares, com destaque para a figura materna:

*Acho que a mãe conhece o filho dela, se ela falar assim: 'hoje tem esse pontinho diferente na pele dele', você tem que valorizar, porque aquilo pode ser o início de alguma coisa ou pode não ser nada. Você vê várias crianças, mas a mãe conhece o filho dela. Acho que com uma atenção maior, olhar de uma forma individual cada criança. (Aux.19)*

*Conversar com as famílias, para o familiar ficar o mais informado possível, é muito bom porque ele também vira um elemento*

*controlador nesta situação. Ele é o mais interessado se a situação está indo bem ou não. (Enf.2)*

A última medida recomendada pelos entrevistados foi a implementação de novos protocolos e o cumprimento daqueles já existentes, além do estímulo às discussões sobre a Segurança do Paciente:

*Acho que a implantação de protocolos ajuda. Quando a equipe de enfermagem se reúne para estabelecer melhor os protocolos de assistência. Ter educação continuada, sempre estar atualizando os funcionários. Ir melhorando esses protocolos de assistência, nem sei se é esse termo ainda se que usa dentro da instituição. Se isso estiver sempre sendo atualizado, tem sempre chance de minimizar ou diminuir esses erros. (Enf.17)*

*Acho que precisa ter mais conversa, mais discussão a respeito da segurança, dos procedimentos, ter alguém por perto te ajudando em algumas situações, numa troca de curativo mais delicada, numa aspiração de tubo, numa troca de fixação de um tubo. (Enf.9)*

## DISCUSSÃO

Apesar da gravidade, os resultados do estudo demonstraram que o erro humano é banalizado na UTIN quando não está diretamente relacionado a um evento adverso, sendo possível destacar o uso inadequado dos alarmes das bombas infusoras e das luvas de procedimento no atendimento aos neonatos em precaução de contato.

O uso de luvas é recomendado para a precaução padrão, evitando-se o contato com sangue e outros fluidos corporais potencialmente contaminados, sendo considerado um EPI. O uso de luvas também é recomendado no atendimento de pacientes em precaução de contato, ou seja, quando há "infecção ou colonização por microorganismos multirresistentes, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou imunossuprimido, entre outros"<sup>(12)</sup>.

A utilização adequada dos EPI no ambiente hospitalar auxilia na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que representam uma ameaça significativa à saúde, elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país. No contexto da UTIN, não usar luvas na precaução de contato deve ser considerado um erro grave com dano em potencial, podendo possibilitar agravos à saúde do neonato<sup>(3)</sup>.

A utilização inadequada das bombas de infusão e dos alarmes interfere no processo de medicação, pois se a programação das bombas for realizada de maneira errada, o medicamento administrado poderá acabar antes ou depois do previsto, configurando um erro grave, principalmente por se tratar de pacientes complexos e totalmente dependentes, como os neonatos<sup>(13)</sup>.

A "fadiga de alarmes" também deve ser destacada. Apesar dos equipamentos dotados de sistemas de segurança por meio de alarmes sonoros serem essenciais para alertar aos profissionais das mudanças ocorridas nas condições clínicas desses pacientes e no término de medicações, e alertar sobre o mal funcionamento do próprio equipamento, o elevado número de sinais sonoros

disparados por esses equipamentos, concomitante ao elevado nível de ruídos na unidade, resulta em um processo no qual os alarmes deixam de chamar a atenção do profissional, o que pode levar a um impacto negativo na segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

Uma revisão de literatura sobre os incidentes mais frequentes na UTIN destacou a ocorrência dos erros no processo de medicação, principalmente no que se refere à dosagem inadequada (cerca de 38%), seguida da não administração do medicamento prescrito ou ausência de prescrição de medicamentos necessários, falha na técnica de administração e via de administração errada. Além disso, demonstrou que os erros no processo de medicação são os maiores causadores de eventos adversos na UTIN. Quando comparado à frequência de ocorrência do mesmo erro a uma UTI adulto, a UTIN apresenta uma incidência oito vezes maior<sup>(15)</sup>.

O erro no processo de medicação se relaciona à terceira Meta Internacional para a Segurança do Paciente – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, podendo ser associado a problemas na reabilitação do paciente, aumento do tempo de internação e dos custos para as instituições hospitalares.

O processo de medicação é uma tarefa complexa e podem acontecer falhas em todas as etapas, que vão desde a prescrição até a administração do fármaco. A Enfermagem atua nas etapas de preparo e a administração de medicamentos, devendo atender aos nove certos, que englobam: paciente certo, medicação certa, via certa, dose certa, hora certa, registro certo, conhecer a ação, apresentação farmacêutica e monitorar o efeito. Além disso, é fundamental esclarecer dúvidas e identificar o medicamento com o nome do paciente, leito, nome do medicamento, via de administração, gotejamento e tempo de infusão<sup>(16)</sup>.

Além dos erros no processo de medicação, foram identificados problemas relacionados à ventilação mecânica, como as falhas na extubação e a extubação acidental, que na maioria das vezes ocorrem pela ausência do *cuff* em tubos endotraqueais para neonatos<sup>(15)</sup>.

No que se refere ao cateter vascular na UTIN, o PICC é amplamente utilizado. Apesar de ser um procedimento menos invasivo quando comparado a outros dispositivos, por possuir um fino calibre, e a técnica de inserção ser a partir de vasos periféricos, estudos científicos demonstraram diversas complicações relacionadas a esse procedimento, como a formação de trombos, sangramento, flebite, migração, fratura do cateter, extravasamento, perfuração cardíaca ou do vaso, infecção do sítio de inserção e infecção sanguínea (sepsis). A equipe de enfermagem deve estar atenta aos cuidados necessários para evitar a perda de cateteres desse tipo e as futuras complicações<sup>(17)</sup>.

A equipe de enfermagem possui um papel central no cuidado, contribuindo para mitigar a ocorrência dos erros. Considerando o Gerenciamento do Erro proposto pela Teoria do Erro Humano<sup>(3)</sup>, é fundamental conhecer as causas associadas, que geralmente possuem abordagens organizacionais, pois considera-se que os seres humanos são falíveis e os erros esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros devem ser vistos como consequência e não como causa, tendo a sua origem não na “perversidade da natureza humana”, mas nos fatores sistemáticos existentes<sup>(3)</sup>.

Quanto às causas do erro na UTIN, o cansaço foi a mais citada, sendo relacionado pelos entrevistados à sobrecarga de trabalho,

ao quantitativo inadequado de profissionais, e aos múltiplos vínculos empregatícios dos profissionais. A falta de recursos materiais adequados também interfere na satisfação profissional, sendo um grande estressor para aqueles que buscam prestar uma assistência segura e de qualidade, além de conferir um risco importante para os neonatos atendidos.

A dupla jornada de trabalho é bastante comum na Enfermagem, sendo decorrente, na maioria das vezes, do baixo salário atribuído à categoria profissional. Profissionais que trabalham mais que 40 horas semanais e prestam assistência para mais de sete pacientes estão expostos à sobrecarga de trabalho e ao esgotamento profissional, o que pode deteriorar as bases para segurança do paciente. Esses profissionais também estão suscetíveis à desatenção no procedimento a ser realizado, o que se agrava na UTIN, dada a especificidade de cuidados e grau de dependência apresentado pelos neonatos<sup>(15)</sup>.

Nos Estados Unidos, mais da metade dos enfermeiros trabalham menos de 40 horas semanais, o que é associado a excelentes resultados quanto à segurança do paciente. As situações de trabalho de mais de 60 horas semanais, comum no caso de múltiplos vínculos empregatícios, leva os profissionais a atuarem em “modo de crise” (*crisis mode*), tentando fazer tudo muito rapidamente e sem a atenção necessária. Essa sobrecarga leva ao estresse e à fadiga, fatores que comprometem o desempenho e poderão resultar em erros, falta de comunicação, problemas interpessoais, perda do respeito, compreensão e ajuda mútua<sup>(18)</sup>, conforme identificado nos depoimentos dos entrevistados, que também referiram a falta de liderança e hierarquia na UTIN.

O papel dos líderes organizacionais tem sido apontado como um fator crucial no desenvolvimento de ambientes positivos para a prática profissional e para a segurança do paciente. Destaca-se a acessibilidade, visibilidade e inclusão da equipe nas tomadas de decisão como fatores que contribuem para o aumento da satisfação profissional e retenção dos profissionais qualificados<sup>(19)</sup>.

É direito e dever do enfermeiro exercer a função de líder, conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem<sup>(20)</sup>. Além de desenvolver ações voltadas para a assistência à saúde, o enfermeiro deve realizar a tomada de decisão adequada para liderar a equipe de enfermagem, considerando as relações humanas e gerenciais. Deve-se, também, considerar as especificidades das rotinas de trabalho e de setores como a UTIN, a qual demanda do profissional um olhar mais atento às atividades técnico-assistenciais-administrativas e à segurança da clientela.

Em relação ao gerenciamento de conflitos, parte-se do pressuposto de que o conflito existe em todas as relações sociais. Ao analisar o perfil da equipe de enfermagem da UTIN, observa-se um grupo heterogêneo, com diferenças de idade e formação profissional, convivendo durante um grande período do tempo, o que favorece a ocorrência de conflitos. É necessário que o enfermeiro saiba identificar e gerenciar os possíveis conflitos, observando fatores como a acomodação, que consiste no encobrimento dos problemas; a dominação, quando a parte mais forte se impõe frente aos demais; e a barganha, na qual cada parte cede um pouco, buscando-se satisfazer todas as exigências por meio de soluções alternativas<sup>(21)</sup>.

A comunicação é uma peça fundamental para o gerenciamento de conflitos, e considerada a segunda Meta Internacional para a

Segurança do Paciente: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde. Sabe-se que as diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho têm influenciado diretamente a maneira pela qual a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe<sup>(22)</sup>.

Um grupo heterogêneo, como o encontrado na UTIN, pode ser considerado um dos grandes desafios para a comunicação efetiva e segura, sendo fundamental o investimento em uma cultura organizacional embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação. Dentre as estratégias para a comunicação segura, sugerem-se as reuniões de equipe, a compreensão mútua de problemas e a autocorreção. Os protocolos de comunicação estruturada para a execução de procedimentos e a padronização de informações também podem ser utilizados em situações específicas da rotina assistencial<sup>(22)</sup>.

A cultura de segurança organizacional possui como pressuposto o conceito de que os seres humanos cometem erros e a chave para a prevenção consiste em estruturar os sistemas, a fim de minimizar a oportunidade dos erros acontecerem, ou seja, estimular a criação de barreiras e salvaguardas evitando as falhas no sistema<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, refletindo sobre as causas anteriormente discutidas, os participantes do estudo destacaram estratégias que podem ser implementadas na UTIN, constituindo barreiras frente aos erros identificados. De acordo com o "Modelo do Queijo Suíço" proposto pela Teoria do Erro Humano, todo sistema organizacional possui barreiras, cuja função é proteger as vítimas das situações de risco casual. Entretanto, essas barreiras apresentam falhas (buracos), que quando se encontram podem contribuir para a ocorrência do dano. As falhas nas barreiras dos sistemas de defesa organizacionais sempre existirão e se subdividem em falhas ativas e condições latentes<sup>(3)</sup>.

As falhas ativas são cometidas pelas pessoas que prestam o atendimento na ponta final do sistema, podendo ser exemplificadas pela identificação errada dos pacientes, administração errada de medicações, falta de checagem das prescrições, e uso inadequado dos alarmes e dos EPI.

As condições latentes se originam da tomada de decisão organizacional e podem permanecer dormentes no sistema por anos antes de se combinarem às falhas ativas e causarem os acidentes. Tanto as falhas ativas quanto as condições latentes não são previstas facilmente. Entretanto, o seu conhecimento levará à adoção de um gerenciamento proativo<sup>(3)</sup>.

Neste estudo, foram identificadas, dentre as condições latentes, a sobrecarga profissional, o quantitativo deficiente de profissionais, a falta e/ou baixa qualidade dos recursos materiais utilizados e problemas relacionados à liderança. As situações relacionadas interferem na atividade laborativa, contribuindo para um ambiente inseguro para o paciente e para o próprio profissional.

Ao reconhecer essas situações, é fundamental que os profissionais busquem um gerenciamento de segurança eficaz, melhorando os processos organizacionais, o que pode ser realizado por meio da adoção de medidas reativas e proativas<sup>(3)</sup>. As medidas reativas permitem solucionar a ocorrência, e em relação à UTIN, destacaram-se o reconhecimento do erro pelos entrevistados, o reconhecimento do negligenciamento associado à cultura punitiva, e as tentativas para sanar os possíveis danos.

As medidas proativas são adotadas a fim de prevenir a ocorrência, embasadas por um diagnóstico situacional, pelo reconhecimento do erro e das suas causas. Na UTIN, as medidas reativas relacionam-se às Boas Práticas, considerando-se os mecanismos para a identificação do paciente; ações de prevenção e controle dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde; administração segura de medicamentos; mecanismos de prevenção de lesões; e o estímulo à participação do paciente na assistência prestada<sup>(4)</sup>.

Dentre as estratégias sugeridas, destaca-se o investimento em capacitação profissional e a necessidade de recursos materiais satisfatórios em qualidade e quantidade, considerando-se as especificidades da UTIN. O cuidado seguro em Neonatologia consiste em assistir o paciente com foco nas suas necessidades, respeitando a sua individualidade e dignidade como ser humano, considerando as suas limitações e imaturidade fisiológica. Ao mesmo tempo, deve-se adequar o ambiente às especificidades, utilizando técnicas apropriadas de manuseio e tecnologias que reduzam os efeitos nocivos ocasionados pelos procedimentos ou intubação<sup>(23)</sup>.

Uma equipe capacitada e treinada poderá identificar as possíveis ocorrências e as suas causas, além de colocar em prática, de forma efetiva, protocolos, normas e rotinas institucionais. Nesse sentido, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>(24)</sup> destaca no Eixo 1 a importância dos protocolos para a segurança do paciente, contribuindo para a padronização da assistência prestada e para a minimização de erros.

Destaca-se, ainda, a importância do cuidado humanizado e seguro, centrado no paciente e em sua família. Na UTIN, o paciente (neonato) é integralmente dependente de cuidados, e a presença do acompanhante (a mãe na maioria das situações) deve ser considerado um requisito fundamental para a segurança do paciente. As mães possuem atitudes proativas, como a capacidade de observar, oferecer proteção à criança e questionar os profissionais, cabendo à equipe conhecer e compreender as necessidades e sentimentos do familiar frente à situação vivenciada<sup>(25)</sup>.

Uma comunicação deficiente aumenta a angústia da família, principalmente quando não recebem informações sobre os procedimentos a serem realizados e suas intercorrências<sup>(25)</sup>. Assim, destaca-se a importância da comunicação efetiva e segura junto à família, ofertando as orientações necessárias tanto ao ambiente hospitalar, como após a alta, quando a família estiver cuidado sozinha do neonato em sua na residência.

A melhora dos processos organizacionais na UTIN poderá ser estimulada por meio de investimento em discussões sobre segurança do paciente, encorajando a cultura de segurança organizacional. Salienta-se que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas, o que não significa que não há problemas em cometer erros na assistência de enfermagem, sendo necessário sempre buscar mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos<sup>(3)</sup>.

### Limitações do estudo

As limitações para realização do estudo se relacionam com a sobrecarga de trabalho e o quantitativo reduzido de profissionais na UTIN, dificultando a realização das entrevistas.

## Contribuições para a Enfermagem

Os resultados do estudo demonstraram que a busca pelas Boas Práticas nos cuidados de enfermagem na UTIN contribuiu para a qualidade do cuidado em saúde e para a segurança do paciente. Entretanto, é fundamental que todos estejam engajados na compreensão do erro, a fim de sanar as causas identificadas e colocar em prática estratégias que contribuam para a cultura de segurança organizacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou os erros na assistência de enfermagem na UTIN e discutiu estratégias de Boas Práticas para a segurança

do paciente. Dentre os erros identificados, destacaram-se as perdas de cateteres, erros no processo de medicação e extubações acidentais, relacionados ao cansaço dos profissionais, sobrecarga de trabalho e quantitativo insuficiente de recursos materiais e humanos.

Destacou-se a importância de estratégias para as Boas Práticas com vistas à segurança do paciente, evitando erros e mitigando eventos adversos. Dentre as estratégias, é fundamental primar por medidas proativas, considerando-se capacitação profissional, investimentos em comunicação segura, e discussões sobre a segurança do paciente pela equipe de enfermagem. As medidas contribuirão para a construção e sedimentação da cultura de segurança, estimulando um ambiente organizacional propício à compreensão e ao gerenciamento do erro.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety: making health care safer. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. National Academy Press [Internet]. 2000 [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
3. Reason J. Human error. Cambridge University Press; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, 2017.
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, 2011.
6. Rocha MCP, Carvalho MSM, Fossa AM, Rossato LM. Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. Saúde Rev [Internet]. 2015 [cited 2018 May 15];15(40):67-84. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/saude/article/view/2534/1476>.
7. Antonucci R, Porcella A. Preventing medication errors in neonatology: Is it a dream? World J Clin Pediatr [Internet]. 2014 [cited 2018 May 15];3(3):37-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162440/#B14>.
8. Minuzz AP, Salum NC, Locks MO. Assessment of patient safety culture in intensive care from the helath team's perspective. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 May 15];25(2):e1610015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>
9. Rhiry-Cherques RH. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Af-Rev PMKT [Internet]. 2009 [cited 2018 Oct 10];4(08):20-7. Available from: [http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf)
10. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: na experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2017 Aug 17];71(1):243-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/0034-7167-reben-71-01-0228.pdf>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevenção Padrão [Internet]. Brasília, 2014 [cited 2017 Aug 17]. Available from: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/precaucoes\\_a3.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/precaucoes_a3.pdf)
13. Duarte SCM, Bessa AT, Büscher A, Stipp MAC. Error characterization in intensive care nursing. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 May 15];21(esp):01-07. Available from: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502/pdf\\_1](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502/pdf_1)
14. Marta CB, Seabra Jr HC, Costa DJC, Martins GM, Silva RCL, Pereira LS. The nursing team before alarm triggering in the neonatal intensive care unit. Care Online [Internet]. 2016 [cited 2018 May 15];8(3):4773-9. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4054/pdf>
15. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [cited 2018 May 15];20(3):937-46. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf)
16. Infusion Nursing Society. Infusion therapy standards of practice. J Infusion Nursing [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 15];39(15). Available from: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>
17. Araújo FL, Manzo BF, Costa ACL, Corrêa AR, Marcatto JO, Simão DAS. Adherence to central venous catheter insertion bundle in neonatal and pediatric units. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [cited 2018 May 15];51:e03269. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185601>

18. Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, The United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2013[cited 2017 Aug 17];13:394. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852210/>
  19. Alves DFS, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17];37(2):e58817. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rge/v37n2/en\\_0102-6933-rge-1983-144720160258817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/v37n2/en_0102-6933-rge-1983-144720160258817.pdf)
  20. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n.7.498/86 de 25 de junho de 1986 [Internet]. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986 [cited 2017 Aug 17]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
  21. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 17];35(2):79-85. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40155/29928>
  22. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17];20(3):636-40. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/2443/ed6b2dd38ebe252a2881e37487bd4230a338.pdf>
  23. Gaíva MAM, Rondon JN, Jesus LN. Patient safety in intensive care unit newborn: perception of nursing team. *Rev Soc Bras Enferm Ped* [Internet]. 2017[cited 2017 Aug 17];17(1):14-20. Available from: [https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol\\_17\\_n\\_1-artigo\\_original\\_2.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol_17_n_1-artigo_original_2.pdf)
  24. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2014[cited 2017 Aug 17]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
  25. Rodrigues FA, Wegner W, Kantorski KJC, Pedro ENR. Patient safety in a neonatal unit: concerns and strategies experienced by parentes. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2017 Aug 17];(23):e52166. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/178175>
-