

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SILVANA CRUZ DA SILVA**

**PERCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA CULTURA DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA**

**Porto Alegre**

**2018**

**SILVANA CRUZ DA SILVA**

**PERCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA CULTURA DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde  
Linha de Pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

**Orientadora: Prof<sup>sa</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Néri Rubim Pedro**

**Coorientadora: Prof<sup>sa</sup> Dr<sup>a</sup> Letícia Becker Vieira**

**Porto Alegre**

**2018**

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Silvana Cruz da  
PERCEPÇÕES DAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA  
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO  
OBSTÉTRICA / Silvana Cruz da Silva. -- 2018.  
182 f.

Orientadora: Eva Néri Rubim Pedro.

Coorientador: Letícia Becker Vieira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Segurança do Paciente. 2. Obstetrícia. 3. Parto.  
4. Enfermagem. I. Pedro, Eva Néri Rubim, orient.  
II. Vieira, Letícia Becker, coorient. III. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**SILVANA CRUZ DA SILVA**

### **Percepções das profissionais da saúde acerca da cultura de segurança do paciente em internação obstétrica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora.

**Aprovada em Porto Alegre, 28 de junho de 2018.**

#### **BANCA EXAMINADORA**



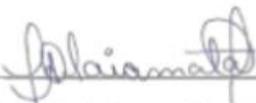
Profa. Dra. Letícia Becker Vieira

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira

Membro - Universidad Católica de Murcia



Profa. Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata

Membro – EENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Membro – PPGENF/UFRGS

## RESUMO

A segurança do paciente e a cultura de segurança das instituições são atributos prioritários da qualidade dos sistemas de saúde. Na área obstétrica devido aos elevados índices de mortes maternas e neonatais, há necessidade de problematizar a Segurança do Paciente na assistência ao parto e nascimento a partir do olhar dos profissionais, com uma visão de melhoria e qualidade do cuidado. Neste contexto, o objetivo geral do estudo é analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento. À luz do referencial de Segurança do Paciente, desenvolveu-se um estudo descritivo-exploratório e analítico com abordagem qualitativa. O cenário de estudo foi o Serviço Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados entre agosto e novembro de 2016, por meio de seis encontros de grupos focais, com um total de 12 profissionais da saúde participantes, entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades: centro obstétrico e internação obstétrica. Utilizou-se a Análise de Conteúdo do tipo Temática para tratamento dos dados. A pesquisa tramitou na Plataforma Brasil, obteve aprovação do Comitê de ética em Pesquisa, mediante CAAE: 57781016.1.0000.5327. Os resultados e discussões foram organizados e agrupados em três temas principais. O primeiro, “A Cultura de Segurança do Paciente no Processo de Parto e Nascimento”, desvela algumas especificidades de cada dimensão da cultura de segurança que merecem um olhar mais atento e indica a existência de uma cultura de segurança em construção. No segundo tema denominado “Promoção da Segurança do Paciente em Obstetrícia: das Metas Internacionais às Fragilidades no Cuidado”, identificou-se que a maioria das metas já foram implementadas pelo serviço e são parte integrante do processo assistencial na área obstétrica, entretanto, foram indicadas algumas fragilidades do processo, como possibilidade de melhorias. O terceiro tema, “Fortalecimento da Cultura de Segurança na Área Obstétrica”, aborda recomendações positivas para a melhoria da segurança do paciente, tais como: estratégias para redução das interrupções no serviço; ações de investigação e engajamento da administração geral; estratégia para a horizontalidade da gestão e maior envolvimento de todos os profissionais; estratégias a partir do processo de formação com o uso de simulação clínica; a acreditação hospitalar como um gatilho importante, promotor de mudanças; estratégias para o fortalecimento das orientações; sugestões para os mecanismos e materiais de identificação; o uso de tecnologias de informação na saúde para processos mais seguros; ações práticas na assistência ao transporte intra-hospitalar; estratégia de comunicação na transferência das pacientes; desconstrução de hierarquia para a comunicação efetiva; instrumentos para denunciar abusos nas relações profissionais; o estímulo ao trabalho multiprofissional e multidisciplinar; valores de satisfação dos profissionais; e o uso da técnica de grupos focais como estratégia para a sensibilização e o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente. Conclui-se que na percepção dos profissionais de saúde, é necessário investimento individual, coletivo e institucional com a implementação de estratégias de sensibilização e ações práticas para a efetivação da cultura de segurança e da segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento na instituição.

**Palavras-chaves:** Segurança do Paciente. Parto. Obstetrícia. Enfermagem.

## ABSTRACT

Patient safety and the safety culture of institutions are priority attributes to the quality of health systems. In the obstetric area due to the high rates of maternal and neonatal deaths, there is a need to problematize patient safety in the delivery assistance and delivery care from the perspective of professionals with a vision of improvement and quality for the service. In this context, the general objective of the study is to analyze the perception of health professionals about patient safety in the care process at birth and delivery. In the light of the Patient Safety referral, an exploratory and analytical descriptive study with a qualitative approach was developed. The study scenario was the Maternal-Infant Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Data collected between August and November of 2016, through six focus group meetings, with 12 participating health professionals, among doctors, nurses and nursing technicians from the units of the Obstetric Center and Obstetric Internment. Thematic content analysis used to evaluate the data. The research carried out in Plataforma Brasil, obtained approval through CAAE: 57781016.1.0000.5327. The results and discussions were organized and grouped into three main themes. The first, “The Culture of Patient Safety in the process of delivery and birth”, which reveals some specificities of each dimension about safety culture that deserve a closer look and indicates the existence of a safety culture under construction, which requires of much institutional and individual investment, through the implementation of awareness strategies and practical actions for a major envelopment. In the second theme entitled “Promotion of Patient Safety in obstetrics: from the International Goals the fragilities in Care”, along those was identified that most of the goals have already been assimilated by the service and are an integral part of the care process in the obstetric area, however they were pointed out also some weaknesses of the process, as a possibility of improvement. The third theme, “Strengthening of Safety Culture in the obstetric area”, approach positive recommendations to the improving of Patient Safety, such as: reduction strategies of disruption; research actions and engagement of the general administration; strategy for horizontality of management and greater involvement of all professionals. strategies from the training process with the use of clinical simulation; hospital accreditation as an important trigger, change promoter; strategies to the strengthening of guidelines; Suggestions for identification mechanisms and materials; the use of health information technologies for safer processes; practical actions in in-hospital transport assistance; communication strategy in patient transference; breakdown of hierarchy for effective communication; instruments to denounce abuse in professional relations; the stimulation of multiprofessional and multidisciplinary work; values of professional satisfaction and, finally, we suggest the use of focal group technique as a strategy to raise awareness and strengthen a culture of patient safety. Concluded that in the perception of the health professionals, it is still necessary investment for the effectiveness of safety culture and patient safety in the care process at delivery and birth of the institution.

**Keywords:** Patient Safety. Parturition. Obstetrics. Nursing

## RESUMEN

La seguridad del paciente y la cultura de seguridad de las instituciones son atributos prioritarios de la calidad de los sistemas de salud. En el área obstétrica debido a los altos índices de muertes maternas y neonatales, hay necesidad de problematizar la Seguridad del Paciente en la asistencia al parto y nacimiento a partir de la mirada de los profesionales con una visión de mejora y calidad del cuidado. En este contexto, el objetivo general del estudio es analizar la percepción de los profesionales de salud sobre la seguridad del paciente en el proceso asistencial al parto y nacimiento. A luz del referencial de Seguridad del Paciente, se desarrolló un estudio descriptivo exploratorio y analítico con abordaje cualitativo. El escenario de estudio fue el Servicio Materno-Infantil del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Los datos fueron recolectados entre agosto y noviembre de 2016, por medio de seis encuentros de grupos focales, con un total de 12 profesionales de la salud participantes, entre médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de las unidades de Centro Obstétrico e Internamiento Obstétrico. Se utilizó el Análisis de Contenido del tipo Temática para evaluación de los datos. La investigación tramitó en la Plataforma Brasil, obtuvo aprobación mediante CAAE: 57781016.1.0000.5327. Los resultados y discusiones se organizaron y agruparon en tres temas principales. El primero “La Cultura de Seguridad del Paciente en el proceso de Parto y Nacimiento”, la cual desvela algunas especificidades de cada dimensión de la cultura de seguridad que merecen una mirada más atenta e indica la existencia de una cultura de seguridad en construcción, que necesita de mucha inversión institucional e individual, a través de la implementación de estrategias de sensibilización y acciones prácticas para la mayor implicación. El segundo tema llamado “La Promoción de la Seguridad del Paciente en obstetricia: de las Metas Internacionales las fragilidades en el cuidado”, en ésta se identificó que la mayoría de las metas ya fueron asimiladas por el servicio y son parte integrante del proceso asistencial en el área obstétrica, sin embargo, fueron apuntados también algunas fragilidades del proceso, como posibilidad de mejoras. El tercer tema, “Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad en el área obstétrica”, se abordan recomendaciones positivas para la mejora de la seguridad del paciente, tales como: estrategias de reducción de las interrupciones; acciones de investigación y compromiso de la administración general; estrategia para la horizontalidad de la gestión y una mayor participación de todos los profesionales; estrategias a partir del proceso de formación con el uso de simulación clínica; la acreditación hospitalaria como un gatillo importante, promotor de cambios; estrategias para el fortalecimiento de las orientaciones; sugerencias para los mecanismos y materiales de identificación; el uso de tecnologías de información en salud para procesos más seguros; acciones prácticas en la asistencia al transporte intrahospitalario; Estrategia de comunicación en la transferencia de las pacientes. quebra de jerarquía para la comunicación efectiva; Instrumentos para denunciar abusos en las relaciones profesionales; el estímulo al trabajo multiprofesional y multidisciplinario; los valores de satisfacción de los profesionales y por último, se sugiere el uso de la técnica de grupos focales como estrategia para la sensibilización y fortalecimiento de una cultura de seguridad del paciente. Se concluye en la percepción de los profesionales de salud, es necesaria inversión para la efectivización de la cultura de seguridad y de la seguridad del paciente en el proceso asistencial al parto y nacimiento de la institución.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente. Parto. Obstetricia. Enfermería

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> - Principais conceitos e termos da Segurança do Paciente.....       | 25 |
| <b>Figura 2</b> - Modelo do Queijo Suíço.....                                       | 27 |
| <b>Figura 3</b> - Fluxograma de captação e seleção das teses e dissertações.....    | 41 |
| <b>Figura 4</b> - Fluxograma de captação e seleção dos artigos.....                 | 42 |
| <b>Figura 5</b> - Lembretes entregues para cada participante após os encontros..... | 52 |
| <b>Figura 6</b> - Operacionalização do Grupo Focal.....                             | 53 |
| <b>Figura 7</b> – Organização do ambiente para os encontros.....                    | 56 |

## LISTA DE ABREVIACÕES

ANVISA/MS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EA - Evento Adverso

EUA - Estados Unidos das Américas

GEPEETec - Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias

JCAHO - Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization

JCI - Joint Commission Internacional

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

ICPS - Classificação Internacional de Segurança do Paciente

IOM - Instituto de Medicina

MAES - Metodologia de Autoaprendizagem em Entornos Simulados

MERCOSUL - Mercado Comum do Cone Sul

MI – Mortalidade Infantil

MM – Mortalidade Materna

MS – Ministério da Saúde

NV- nascidos vivos

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PSI - patient safety indicators

PBQP - Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade

PDSE - Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior

PHAH - Programa de Humanização da Assistência Hospitalar

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMI - Programa Materno Infantil

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Proqualis - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

SimPatIE - Projeto Safety Improvement for Patients in Europe

RMM - Razão de Mortalidade Materna

RN- Recém-nascido

RS - Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UCAM - Universidad Católica San Antonio

UCO – Unidade de Centro Obstétrico

UIO - Unidade de Internação Obstétrica

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>12</b>  |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>   | <b>20</b>  |
| 2.1 A Segurança do Paciente e a construção de uma Cultura de Segurança .....                                      | 20         |
| 2.2 Dimensão política da atenção à saúde obstétrica: qualificação da assistência e<br>segurança do paciente ..... | 30         |
| 2.3 Enfermagem na construção do conhecimento acerca do tema em estudo .....                                       | 40         |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>   | <b>48</b>  |
| 3.1 Tipo de estudo.....   | 48         |
| 3.2 Caracterização do campo de pesquisa .....   | 48         |
| 3.3 Caracterização das participantes do estudo e os critérios de inclusão e exclusão.                             | 50         |
| 3.4 Recrutamento das participantes .....  | 50         |
| 3.5 Coleta de dados .....   | 52         |
| 3.6 Análise e interpretação dos dados.....  | 57         |
| 3.7 Aspectos éticos .....   | 61         |
| <b>4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>63</b>  |
| 4.1 A Cultura de Segurança do Paciente no processo de Parto e Nascimento.....                                     | 63         |
| 4.2 Promoção da Segurança do Paciente em obstetrícia: das Metas Internacionais<br>as fragilidades no cuidado..... | 106        |
| 4.3 Fortalecimento da Cultura de Segurança na área obstétrica. ....   | 129        |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>138</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>142</b> |
| <b>APÊNDICE A- GUIA DE TEMAS DOS GRUPOS FOCAIS.....</b>   | <b>160</b> |
| <b>APÊNDICE B- GUIA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO FOCAL.. .</b>   | <b>165</b> |
| <b>APÊNDICE C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  | <b>166</b> |
| <b>APÊNDICE D - QUADRO SINÓPTICO.....</b>   | <b>175</b> |
| <b>ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO COMPESQ-UFRGS.....</b>  | <b>168</b> |
| <b>ANEXO B- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS</b><br>.....  | <b>171</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência nos serviços de saúde e a segurança do paciente são conceitos intimamente relacionados, uma vez que a principal missão de um hospital, segundo Florence Nightingale em 1863 é não causar danos aos pacientes <sup>(1)</sup>. Entende-se, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que a Segurança do Paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, cujos desfechos não têm relação com a doença base <sup>(2)</sup>.

Assim, receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. Para isso, parte-se do princípio que boas práticas baseadas em evidências e em conhecimento científico devidamente atualizado, voltados para a segurança, possam aumentar a probabilidade de obter os resultados de qualidade desejados no cuidado à saúde <sup>(2-3-4)</sup>. Na área da obstetrícia, promover um atendimento qualificado em cada nascimento tem se configurado como uma prioridade global, no entanto, na prática isso ainda não está efetivado <sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, a qualidade dos serviços de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Para isso, deve-se considerar um conjunto de ações complementares entre si, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação que são imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, reduzir o dano e evitar riscos futuros <sup>(6)</sup>.

Para ilustrar a dimensão deste problema, a OMS estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Os erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 danos a cada ano nos hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) <sup>(6)</sup>. Na Europa, estudo realizado sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar evidenciou que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem danos evitáveis e eventos adversos (EAs) ocasionados durante a assistência recebida, de tal forma que 50 a 60% dos eventos são evitáveis <sup>(7)</sup>.

Os danos podem ser incapacitantes, com sequelas permanentes, além de levar ao aumento do custo e da permanência hospitalar e até mesmo resultar em morte prematura como consequência direta das práticas em saúde que são inseguras <sup>(8)</sup>. A cada 300 pacientes admitidos nos Hospitais, um morre em decorrência de agravos evitáveis, sendo ainda que mais de 50% destes pacientes são cirúrgicos e preveníveis <sup>(9)</sup>. O erro humano cometido por

profissionais de saúde também é extremamente elevado. Estimam-se em 150.000 óbitos por ano nos EUA e 80.000 por ano na Grã-Bretanha, sendo a 3ª causa de mortalidade após o câncer e as cardiopatias <sup>(9)</sup>. No Brasil ainda não existe estimativa desses números.

Em relação aos EAs, esses ocorrem em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, em 23,4 milhões de caso por ano <sup>(9)</sup>. Os EAs são definidos neste estudo como incidentes que resultam em danos à saúde <sup>(10)</sup>, considerados descuidos com a esterilização, utilização inadequada de antibióticos (sendo o Brasil campeão mundial <sup>(11)</sup>), quedas, queimaduras, medicação trocada ou errada, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de terapia intensiva, de condições adequadas para o de atendimento e falta de práticas e processos seguros <sup>(9)</sup>. Soma-se ainda, questões como a troca de pacientes (medicação, operação), troca do lado da operação ou procedimento, técnica cirúrgica ou anestésica inadequada e falta de treinamento profissional.

Existe uma interface muito tênue entre o EA e o erro. O erro é caracterizado pela negligência, imprudência e imperícia descritas nos códigos civil e penal, sendo responsabilidade de todos os profissionais da saúde, inclusive dos administradores hospitalares. Complementa-se ainda que baixos salários, condições inadequadas de trabalho e equipamentos sem manutenção podem levar tanto a EA quanto ao erro <sup>(9)</sup>, considerados fatores importantes de serem conhecidos e mensurados para se identificar as dimensões que afetam a segurança do paciente, uma vez que essa é multidimensional e multifatorial.

A partir dessa visão “multi” trabalha-se com uma abordagem centrada no sistema, com o pressuposto que é impossível eliminar as falhas humanas e técnicas. Por isso, busca-se criar um ambiente favorável às mudanças e assim o estimular a criação de uma cultura de segurança do paciente. Essa cultura institucional influencia e motiva os profissionais a se engajarem em comportamentos seguros. Essa motivação se traduz na prática diária <sup>(12)</sup>.

Nesse sentido, a Cultura de Segurança do Paciente das instituições são entendidas como um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e o comprometimento da gestão de uma organização saudável e segura, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde <sup>(10,13)</sup>.

Ao analisar a cultura organizacional de um serviço, é possível identificar as características de uma instituição, quais são as suas pretensões e o quanto a sua gestão é engajada para trabalhar com as potencialidades e fragilidades do serviço, para alcançar a qualidade e desenvolver uma cultura voltada para a segurança do paciente. Nas instituições de saúde, uma cultura de segurança fortalecida é essencial para evitar a ocorrência de

incidentes através do gerenciamento de risco em que os profissionais comunicam os erros e agem de forma proativa redesenhando os processos para prevenir novos incidentes <sup>(14)</sup>. Desse modo, estudar e discutir a segurança do paciente e a cultura de segurança das instituições tem sido considerado um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde.

No Brasil o tema recebeu maior atenção e entrou na agenda política com a mobilização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde (MS) junto à OMS. Assim, o Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS em 2004 por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomenda aos países maior atenção ao tema. O principal propósito dessa aliança é instituir medidas que aumentem a Segurança do Paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento político dos Estados signatários <sup>(6)</sup>.

A ANVISA/MS vêm se articulando para cumprir as ações previstas na Aliança Mundial efetivando o compromisso político, lançando planos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e adotando iniciativas que concorram para a garantia da Segurança dos Pacientes com base nas metas internacionais para a segurança dos mesmos <sup>(11)</sup>. Um exemplo é a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional <sup>(15)</sup>. Em relação a área obstétrica, há o manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade, lançado também pela ANVISA em 2014, com o intuito de incrementar a segurança e humanização, promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, com menos agravos sejam estes do próprio processo reprodutivo ou relacionados à assistência <sup>(16)</sup>.

A OMS destaca áreas importantes para ações, visando à Segurança do Paciente, dentre elas a 13ª intitulada: *Checklists* para a área da saúde. Nesta, a OMS vem desenvolvendo listas de verificação de segurança em serviços de saúde após averiguar o sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes. Outros *Checklists* desenvolvidos são: para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido <sup>(17)</sup>. Assim, estas listas de verificação para a área da saúde são ferramenta prática e de fácil utilização por profissionais de saúde interessados na melhoria da segurança e na redução de óbitos e complicações evitáveis <sup>(8)</sup>.

Neste contexto, entre 2008 a 2010, a Harvard School of Public Health e a OMS desenvolveram o projeto *Safe Childbirth Checklist* (traduzido como: Lista de Verificação do Parto Seguro ou *Checklist* Parto Seguro) para verificar as principais causas de Mortalidade Materna (MM) e neonatal, lançada em 2012 <sup>(17)</sup>.

Essa lista inicialmente foi apresentada e aplicada em dez países diversos, dentre os quais países da África e da Ásia. Os 29 itens da lista se direcionam às principais causas de mortes maternas (hemorragia, infecção, parto obstruído e doença hipertensiva), natimortos e mortes neonatais (como complicações de parto prematuro, infecções e asfixia ao nascer)<sup>(17)</sup>. Esta lista é considerada simples, qualifica e padroniza o cuidado ao parto e nascimento, favorecendo de forma significativa a adesão dos profissionais de saúde a práticas essenciais e cuidados básicos para a realização de partos, como por exemplo, a higienização das mãos. Dessa forma, o uso desta ferramenta simples e de baixo custo pode ajudar médicos obstetras/obstetizes/parteiros/enfermeiras obstétricas a aderirem aos padrões universalmente aceitos na assistência ao parto<sup>(17)</sup>.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que são chamados no Brasil de 8 Jeitos de Mudar o Mundo, os quais deveriam ter sido atingidos por todos os países até 2015. O 4º objetivo diz respeito à redução da mortalidade infantil (MI) e o 5º a melhora da saúde materna, tendo como principal foco a redução da taxa MM. Embora nos 186 países que se comprometeram com tais metas tenha havido algum progresso em direção aos ODM, no que diz respeito ao 4º e 5º objetivos, muitos países ainda não os atingiram<sup>(18,19,20)</sup>. O Brasil, embora tenha avançado na redução da MM, deixou de cumprir essas metas, por conta de complicações com o parto ou a gestação. O ritmo lento de melhora significa que o país chegaria com 25 anos de atraso às metas que deveria ter cumprido já em 2015.

Sucessivamente, no ano de 2015 foram lançados os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que prevê até 2030 no 3º objetivo Boa Saúde e Bem-Estar, tendo como meta reduzir a taxa da MM para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade para menores de 5 anos para 25 por 1.000 nascidos vivos no país<sup>(21)</sup>.

Ainda no que tange a dimensão epidemiológica, ao investigar acerca da segurança do paciente no modelo obstétrico, dados mundiais relativos ao ano de 2010 e apresentados pela OMS revelam que cerca de 287 mil mulheres morreram durante a gravidez ou durante o parto, aproximadamente 2,6 milhões de crianças nasceram sem vida e perto de 3 milhões de recém-nascidos morreram durante o primeiro mês de vida. Os maiores índices de MM e perinatal foram agrupados em torno do momento do nascimento, com a maioria das mortes ocorridas nas primeiras 24 horas após o parto<sup>(5)</sup>. Grande parte destas mortes ocorreu em contextos de baixos recursos, sendo que a maioria delas poderiam ter sido evitadas com intervenções simples e custo-efetivas<sup>(17)</sup>. Destaca-se que a MM é considerada um evento sentinela (uma

ocorrência grave). Sua ocorrência alerta para o fato de que houve alguma falha no cuidado prestado, o que sempre deve ter suas causas investigadas, esclarecidas e corrigidas <sup>(22)</sup>.

Apesar dos avanços técnico-científicos reduzirem os riscos maternos e fetais e tornarem o parto de certa forma mais seguro <sup>(23)</sup>, a valorização em demasia das intervenções técnicas e o atual modelo medicalizado, amplamente difundido na sociedade, que considera o parto uma patologia e por isso estabelece enquanto prática a antecipação e prevenção do risco obstétrico, resultaram ainda na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto. Frente a isso, o MS estabelece que a assistência ao parto deve ser segura, no sentido de garantir para cada mulher os benefícios dos avanços científicos; contudo, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto <sup>(23)</sup>.

Assim, o problema desta pesquisa está em que para haver maternidades mais seguras é necessário mais conhecimento acerca do tema segurança do paciente na saúde materna, para que as redes de cuidados possam avançar no desenvolvimento de serviços que prestem uma atenção integral e de qualidade, direcionando práticas seguras a partir das ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Justifica-se, portanto, a premência da construção de uma cultura de segurança que permita às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da assistência à saúde. Analisando as dificuldades e problemas decorrentes aos diversos procedimentos invasivos, cascata de intervenções a que as usuárias e seus filhos são submetidos e suas consequências no atual modelo obstétrico brasileiro.

Dessa forma, justifica-se o interesse pelo estudo que se deu devido à singularidade da temática, associada à motivação pessoal da autora, sendo despertada desde a graduação, quando teve a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na atenção à saúde da mulher nos diferentes ciclos da vida da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Além disso, a realização do estágio final da graduação em Enfermagem, que ocorreu na Unidade de Centro Obstétrico de um hospital universitário, foi mais um fator que lhe despertou o interesse para o tema. Ao conviver com questões importantes de segurança do paciente que estavam relacionadas aos cuidados com as mulheres e com os recém-nascidos a autora pode observar a falta de notificações de incidentes, o despreparo da equipe para entender e dialogar acerca dos erros e conseqüentemente da lacuna no que se refere a uma cultura de segurança do paciente para a saúde dessas mulheres e seus bebês.

Soma-se a isso a experiência da autora como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM na oportunidade dos estágios de docência na área da saúde materna, nos quais a autora foi sensibilizada com questões teóricas importantes à temática. Ademais, durante a realização da residência multiprofissional em saúde pública foi possível vivenciar nas consultas de pré-natal.

Com o acompanhamento longitudinal realizado, ficaram evidentes as fragilidades da rede em efetivar os programas e políticas para assegurar uma atenção segura as mulheres, gestantes, puérperas e aos recém-nascidos, que ficam expostos aos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Ressalta-se ainda que o contato maior da autora com a Segurança do Paciente é mais recente em sua trajetória, pelo fato de se tratar de um tema que há pouco foi inserido nos cursos de graduação e com a qual teve contato a partir do doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com a inserção no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec).

Ao participar dos projetos de pesquisa desenvolvidos no grupo, tais como: “Segurança do Paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança em diferentes regiões brasileiras”, e “Segurança do Paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS”, e ainda do projeto guarda-chuva “Melhoria na qualidade da assistência ao parto: implementação da lista de verificação para o nascimento seguro”, que dá origem a esta pesquisa.

O referido Projeto guarda-chuva tem como objetivo a implementação da Lista de Verificação para Partos Seguros<sup>(24)</sup> em uma maternidade do Rio Grande do Sul (RS). Essa Lista foi desenvolvida pela OMS em parceria com a Escola de Saúde Pública de Harvard EUA, apresenta-se como um instrumento de utilização fácil que promove o exercício consoante às práticas recomendadas, sintetizando as mais recentes evidências científicas para a urgente redução das principais causas de mortes maternas e dos recém-nascidos. Tendo como principal objetivo o uso deste instrumento: auxiliar os profissionais da saúde a reduzir o número de eventos adversos que ocorrem no período do parto e pós-parto e para reduzir a morbidade materna e neonatal em todos os países em desenvolvimento por meio de uma ferramenta de cuidado que ajuda a traduzir as melhores práticas conhecidas em prática à beira do leito<sup>(25)</sup>.

Junta-se a isso, a experiência internacional da autora no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE)/ da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (CAPES), no qual foi possível estudar por cinco meses na Universidad Católica San Antonio (UCAM), localizada na Província de Múrcia, na Região de Múrcia, Espanha. Neste período participou-se do Grupo de Pesquisa “Pensamiento y lenguajes enfermeros en contexto social”, o qual desenvolve pesquisas na área de Processo de Enfermagem, Gestão da Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente. Foi possível vivenciar um contexto onde a Cultura de segurança é vista diferente do nosso País, tanto nas políticas e programas no setor da saúde, quanto na própria instituição de ensino.

Nessa experiência a autora obteve um aprofundamento do referencial teórico de Segurança do Paciente em termos de metodologia e de análise, com destaque para a aproximação com metodologias de ensino que potencializam uma Cultura de Segurança e maior qualidade na aprendizagem como a Simulação Clínica e a Metodologia de Autoaprendizagem em Entornos Simulados (MAES).

Logo, ao buscar aliar as necessidades em pesquisa da atualidade, destaca-se que a temática em questão é referenciada na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde <sup>(26)</sup> e nas Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde <sup>(27)</sup>. Considerando a importância da utilização de novos dispositivos/diretrizes sobre a qualidade do atendimento em saúde e a Segurança do Paciente.

A justificativa do presente estudo está ainda, em que, no Brasil, são escassas as publicações referentes à implementação de *checklist* e protocolos acerca da Segurança do Paciente em serviço obstétrico, além da transversalidade do tema e sua importância para a participação, a intercomunicação e a construção de redes entre os serviços de saúde, e entre usuários e os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto e nascimento, ressaltando aqui os enfermeiros, que devido a sua proximidade as mulheres necessitariam de reorientações para um atendimento qualificado, contextualizado e humanizado.

Partindo disso, propôs-se nesta pesquisa pensar e discutir os saberes e as práticas das equipes multiprofissionais atuantes em Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e Unidade de Internação Obstétrica (UIO) por meio da articulação de novas tecnologias com outros campos do saber, apresentando possibilidades de leitura, produção e discussão de novos olhares a respeito das práticas profissionais e seus reflexos para a sociedade. Essa problematização perpassa e constitui o cuidado de enfermagem e de saúde, além de implicar em importantes questões de bioética e de cuidados para esses sujeitos, suas famílias e os profissionais de saúde envolvidos.

Percebeu-se a partir do descrito a necessidade para a área da Enfermagem da busca de conhecimento a respeito dos significados da Cultura de Segurança e da Segurança do Paciente

para os profissionais da saúde atuantes na internação obstétrica, que constituem-se de UCO e UIO.

O Pressuposto que sustenta esse estudo é que o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e fortalecimento da cultura de segurança na área da obstetrícia.

A partir do exposto, vislumbra-se a delimitação da questão de pesquisa: como a segurança do paciente é entendida e vivenciada no processo assistencial ao parto e nascimento pelos profissionais da saúde em uma instituição de saúde da região sul do país? A qual direciona e delimita o objeto deste estudo: a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento.

Sendo assim, o **objetivo geral** da pesquisa é analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para atender aos objetivos e pressupostos desta tese, bem como balizá-la teoricamente, serão apresentados nesta revisão da literatura alguns conceitos e temas relativos à Cultura de Segurança, Segurança do paciente, Qualidade, Saúde da mulher, e a Saúde Materna na assistência ao parto e nascimento, tendo como plano de fundo o referencial teórico de Segurança do Paciente.

### 2.1 A Segurança do Paciente e a construção de uma Cultura de Segurança

A Segurança do Paciente e a Qualidade dos Serviços como se entendem hoje, vêm sendo historicamente construídas, descritas e estudadas há mais de dois mil anos. Hipócrates (460-377 a. C.) em seu juramento já mencionava que “Antes de tudo, não cause dano, não prejudique o paciente”, o que leva a considerar que há riscos envolvidos em todo e qualquer momento para o paciente. O médico obstetra Ignaz Semmelweis (1818-1865) descobriu por meio da comparação, que a incidência de “febre puerperal” poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas com a introdução de higienização de mãos. Ele identificou que nas enfermarias do Hospital Geral de Viena, nas quais os partos eram conduzidos por médicos a mortalidade era três vezes maior do que nas enfermarias onde trabalhavam parteiras que higienizavam as mãos.

Posteriormente Florence Nightingale (1820-1910) apresenta as primeiras noções de higiene e de condições sanitárias dos hospitais, diminuindo a mortalidade dos soldados internados, que levaram a expressivas quedas nas taxas de infecção hospitalar, já alertando para questões de segurança dos pacientes <sup>(28)</sup>. Em 1905 o Cirurgião Ernest Amory Codman estudou os resultados da assistência ao paciente, com interesse na qualidade do cuidado de saúde.

Em 1980 o médico Avedis Donabedian (1919-2000) criou o modelo de avaliação da pesquisa sobre qualidade do cuidado de saúde, definindo que o cuidado de saúde de qualidade é aquele com maior benefício e bem-estar do paciente, após levar-se em conta o equilíbrio dos custos em todas as etapas do processo de cuidado <sup>(29)</sup>. Além disso, definiu sete atributos para um cuidado de qualidade, que ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde, sendo esses os seguintes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade <sup>(30)</sup>. Em 2003, esse mesmo autor definiu a qualidade do cuidado em saúde como produto de dois fatores: do conhecimento científico e a tecnologia de saúde

disponíveis; e sua aplicação no cuidado ao paciente <sup>(31)</sup>. E considera a melhoria da qualidade uma abordagem para avaliar e melhorar continuamente o processo de produção de serviços de saúde, a fim de responder adequadamente às necessidades dos pacientes <sup>(31)</sup>.

Percebe-se que a preocupação com a Qualidade nos Serviços de Saúde foi se intensificando com o avanço dos conhecimentos científicos; no entanto, pouco se imaginava da gravidade do problema, sendo que apenas na última década com a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is human: building a safer health system*) em 1999 pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos foi que se iniciou de forma mais efetiva a discussão acerca desta questão como uma problemática mundial<sup>(3, 32)</sup>.

Diversos estudos constataram que todos os anos um número inadmissível de pacientes sofre lesões ou morrem por causa do tratamento (cuidados de saúde) e não em consequência da patologia, sendo a maioria dessas lesões evitáveis. Assim, esta publicação estimou a ocorrência de 44.000 a 98.000 óbitos evitáveis anualmente por erros médicos em hospitais do Estado de Nova Iorque<sup>(3, 32)</sup>.

Tradicionalmente os focos centrais da discussão sobre a qualidade do cuidado eram os atributos de eficiência e efetividade. Ao longo do tempo, com a complexidade envolvendo inúmeros especializações e com intensa incorporação tecnológica, outras preocupações foram agregadas, como a segurança, a centralidade do cuidado no paciente e a garantia dos seus direitos. Em consonância a isso, o IOM definiu a qualidade na assistência como o grau com que os serviços de saúde, voltados ao cuidado de indivíduos ou populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados embasados em conhecimento atua <sup>(32)</sup>. E, dessa forma, redefiniu alguns atributos, algumas dimensões importantes para que a assistência à saúde seja considerada de qualidade. Incorporou nesses atributos a “segurança do paciente”, indicando um norte para os serviços dos diferentes níveis de atenção em busca da qualidade no cuidado.

O conceito de segurança do paciente, nessa redefinição é muito próximo ao da OMS, que foi citada anteriormente, porém é destacada como a primeira e mais importante característica que a assistência ao paciente deve ter, servindo de base para as demais. Sendo a **segurança do paciente** traduzida por tudo aquilo que deve ser feito para evitar que os pacientes sofram lesões e danos desnecessários decorrentes do cuidado que deveria apenas ajudá-los <sup>(33, 34)</sup>.

O segundo atributo para que a assistência seja de qualidade é ser **efetiva**, o cuidado deve ser realizado com base nas melhores evidências científicas, para todos que dele possam

se beneficiar, sem excessos e sem deixar de realizar quaisquer medidas necessárias, desde que sempre seja observado o princípio de fazer a coisa certa, para a pessoa certa, na hora certa <sup>(34)</sup>. O terceiro atributo é o **cuidado centrado no paciente**: uma assistência para ser de qualidade precisa ser respeitosa, o paciente deve ser capaz de ser ativo nas decisões sobre qualquer intervenção. Suas preferências, dúvidas, necessidades e valores individuais devem ser sempre considerados e contemplados na tomada de decisão clínica <sup>(34)</sup>. O quarto é ser uma assistência oportuna, ou seja, reduzir ao máximo o tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado <sup>(34)</sup>. A quinta dimensão é ser **eficiente** a assistência ao paciente deve ser racional, sem desperdícios, sem excessos. Os recursos devem ser gastos quando existirem necessidades reais, seja a realização de exames, o uso de um equipamento, leitos hospitalares ou recursos humanos <sup>(34)</sup>. A sexta e última refere-se à **equidade**: a assistência prestada deve ser igual para qualquer ser humano, não importando gênero, etnia, idade, religião, condição econômica ou características socioculturais <sup>(34)</sup>.

Nesse entremeio, outra mobilização importante a partir publicação “Errar é humano”, é a já citada Aliança Mundial para Segurança do Paciente, lançada em 2004 pela OMS, tendo como elemento central a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. Uma vez que a ocorrência de EAs é muito alta, ocorrem entre quatro e 16% de todos os pacientes hospitalizados, em mais da metade dos cuidados cirúrgicos, e desses mais de 50% são e poderiam ser evitáveis. Em países industrializados, complicações acontecem dentre três a 16% dos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes internados, com taxa de mortalidade de 0,4 a 0,8%. Países em desenvolvimento estimaram uma taxa de mortalidade de cinco a 10% em pacientes submetidos à cirurgia de maior porte. Infecções e outras morbidades pós-operatórias também são uma séria preocupação mundial <sup>(51)</sup>.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente é considerada um marco de confluência do movimento mundial, e apresenta algumas áreas globais prioritárias, dentre elas os cuidados maternos e neonatais. Desde sua organização, inúmeras iniciativas têm sido tomadas para garantir mais segurança ao paciente nas instituições de saúde.

No contexto do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), destaca-se a XXII Reunião de Ministros da Saúde (2007), na qual decidiu-se apoiar à primeira meta da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: os países assumiram o compromisso internacional de desenvolver Planos Nacionais de Segurança do Paciente e assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

No que se refere mais especificamente ao Brasil evidenciam-se as preocupações com o tema na última década de 1990, com a criação do Programa Brasileiro da Qualidade e

Produtividade (PBQP) em 1995, do Programa Nacional de Inspeção de Unidades de Hemoterapias pelo MS em 1996 e do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar também pelo MS em 1998.

Na Década de 2000, ainda, foram criadas a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – MS (2001), o Humaniza SUS - MS (2003), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)- MS (2004), o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal – Anvisa/MS (2008), tendo destaque a Rede Sentinela/Notivisa organizada pela Anvisa e o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) criado em 2009 pela Fiocruz e MS. Aderiu-se, ademais, às iniciativas da OMS - “Higienização das Mãos” (2007) e “Cirurgia Segura Salva Vidas” - ANVISA/MS (2010), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" (PMAQ-AB) - MS (2011), outrossim temos a criação das redes temáticas pelo MS, como é o caso da Rede Cegonha em 2011.

Dentre tantos Programas e Políticas, destaca-se na Segurança do Paciente o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) efetivado em 2013 pelo MS. Esse tem os seguintes objetivos: criar núcleos de segurança do paciente, envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente na formação de RH (ensino técnico, graduação e pós-graduação) na área da saúde; elaborar e apoiar a implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente e incentivar a produção de investigações (15).

No PNSP o programa segue conceitos e definições que envolvem a segurança do paciente e que são de fundamental importância para a compreensão mundial desta problemática. Tais conceitos foram definidos pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) uma das primeiras iniciativas da Aliança Mundial para Segurança do Paciente da OMS (36), que organizou e padronizou conceitos associados à segurança do paciente, tendo em vista que existiam muitas terminologias distintas, como 24 diferentes definições de erro, 14 definições de eventos adversos, os quais formavam uma verdadeira Torre de Babel e dificultavam as discussões sobre o tema (37). Assim, definiu-se e padronizou-se termos para facilitar a comparação, análise e interpretação de informações para o uso consistente das terminologias tanto no cuidado, quanto para o planejamento de pesquisas e políticas.

A ICPS utiliza alguns conceitos que são fundamentais para o bom andamento desta pesquisa, dentre eles: o conceito de Segurança do Paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; de Eventos Adversos: incidentes, complicações ou lesões não intencionais decorrentes da assistência em saúde; sem correlação com a doença de base; que ocasionam danos ou incapacidade, temporária ou permanente ao paciente, os erros são definidos como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto, os erros são, por definição, não intencionais, enquanto violações são intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos <sup>(36, 38, 39)</sup>.

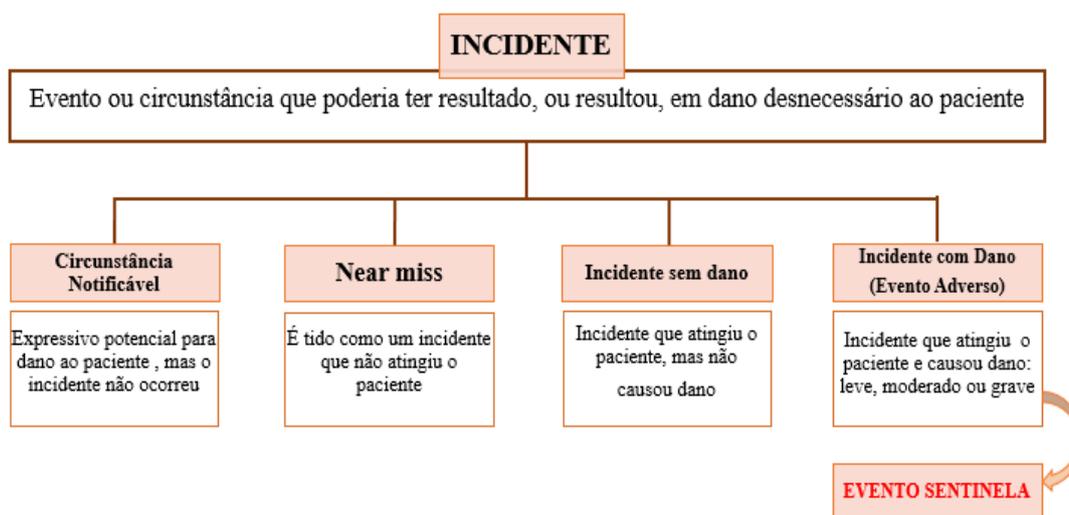
Além desses também os incidentes, que são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Incidentes podem ser oriundos de atos não intencionais ou intencionais com potencial dano ou lesão (um aparelho hospitalar que não está funcionando, por exemplo). A Near Miss, de acordo com a taxonomia de Segurança do Paciente aqui estudada, é um incidente que não atinge o paciente, como por exemplo, uma bolsa de sangue conectada no paciente errado, sendo este incidente detectado antes da bolsa ser infundida <sup>(36, 38, 39)</sup>. Contudo, em relação à Near Miss, é importante salientar a existência do termo Near Miss materno, o qual diz respeito às situações em que mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, e só sobrevivem em razão do acaso ou do cuidado à saúde prestado. Esse termo foi desenvolvido por Stones em 1991, e até hoje é objeto de estudo e discussão para sua definição. No entanto, a OMS propôs um conjunto de critérios de identificação dos casos de near miss materno para facilitar as revisões, o monitoramento e contribuir com a melhoria do cuidado prestado <sup>(55)</sup>.

Ainda são classificados os Incidentes sem dano que são aqueles que atingem o paciente, mas não causam danos (o mesmo exemplo anterior, uma bolsa de sangue conectada no paciente errado é infundida, mas nada acontece com o paciente). Incidente com dano (Eventos adversos) é aquele que atinge o paciente e resulta em lesão ou dano (uma bolsa de sangue conectada no paciente errado, foi infundida e o paciente morreu com uma reação hemolítica) <sup>(36, 38, 39)</sup>. Resumidamente, os conceitos são representados conforme figura a seguir:

**Figura 1- Principais conceitos e termos da Segurança do Paciente**

**Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

**Erro:** uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.



Fonte: dados da pesquisa adaptadas <sup>(2)</sup>.

Todas essas definições e conceitos são importantes para que se padronize e estude de forma global a problemática e devem sempre ser notificadas. Por circunstância notificável se entende todo e qualquer incidente com potencial dano ou lesão <sup>(36, 38, 39)</sup>.

Frente a necessidade dessas padronizações e notificações, em 2002 a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA, que se dedica a melhorar a qualidade, o acesso a serviços e a efetividade dos cuidados de saúde, desenvolveu indicadores hospitalares de segurança do paciente (patient safety indicators – PSI). Esses indicadores são específicos da qualidade da atenção hospitalar, que priorizam a segurança do paciente. Os PSI investigam problemas nos sistemas de saúde, que são susceptíveis à prevenção por meio de mudanças nos processos de atenção à saúde <sup>(40)</sup>.

Outras iniciativas importantes para o desenvolvimento desse conjunto de definições, para possibilitar comparações internacionais e a melhoria da qualidade no cuidado de saúde, foram, entre outras, o projeto europeu de desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) <sup>(41)</sup>, e o Projeto Safety Improvement for Patients in Europe (SimPatIE) <sup>(42)</sup>.

O MS, por meio do PNSP <sup>(15)</sup>, orienta a adoção de indicadores básicos para o monitoramento da segurança do paciente incluídos nos seguintes protocolos: Cirurgia segura;

Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de úlcera por pressão; Identificação do paciente; Prevenção de quedas; e Prescrição no uso e administração de medicamentos <sup>(43)</sup>.

Além desses protocolos, os indicadores de segurança do paciente são instrumentos valiosos para auxiliar os hospitais a identificarem áreas que precisam ser melhor analisadas, por meio do monitoramento de eventos adversos e erros ocorridos durante as internações <sup>(44)</sup>.

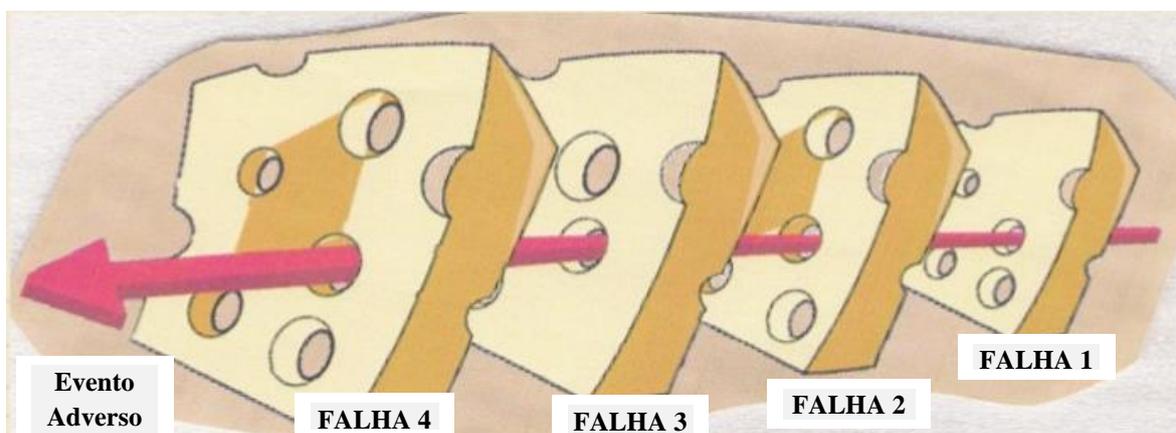
Destaca-se na área em estudo, da gineco-obstetrícia os seguintes indicadores: taxa de primíparas que apresentam laceração de terceiro ou quarto grau durante o parto vaginal; taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue  $\geq 1000$  ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal; porcentagem de pacientes que precisam de cesárea de urgência, cujo parto cesáreo é realizado no tempo ideal; taxa de mortalidade perinatal padronizada por gestação; porcentagem de mulheres que realizaram histerectomia e receberam profilaxia antibiótica; taxa de traumatismo materno obstétrico (laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal com instrumentação; taxa de traumatismo materno obstétrico (laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal sem instrumentação; taxa de mortes maternas ou graves morbidades associadas ao trabalho de parto ou parto; taxa de cesáreas, após a exclusão de mulheres com alto risco de necessitarem de parto cirúrgico; porcentagem de mulheres que realizaram cesárea e receberam profilaxia antibiótica <sup>(44)</sup>.

De acordo com a Anvisa <sup>(39)</sup> o acompanhamento de indicadores é uma atividade que deve ser planejada e sistematizada para indicar fatores da assistência que devem ser pesquisados mais atentamente ou devem ser revisados para serem aperfeiçoados. Contudo, apesar da existência desses indicadores, em função dos baixos registros e/ou má qualidade das ocorrências de incidentes, ainda há poucas notificações, o que pode falsear os resultados dos indicadores de segurança do paciente das instituições, uma vez que as fontes de dados para analisar os indicadores de segurança do paciente são, principalmente, os sistemas de notificação de incidentes, as bases de dados administrativos e os prontuários dos pacientes <sup>(39)</sup>.

Em geral, a maioria dos erros ocorre por múltiplas causas, tais como falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometê-los ou incapacidade para impedi-los <sup>(34,45)</sup>. O caráter multifatorial das situações em que os erros ocorrem pode ser explicado pelo Modelo do Queijo Suíço de James Reason <sup>(45)</sup>, que permite compreender a multifatorialidade subjacente à ocorrência de falhas (falhas essas que se não forem “corrigidas” a tempo, podem causar dano aos pacientes) Eventos Adversos. De acordo com esse Modelo (Figura 1), os sistemas são mais parecidos com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, e que para a ocorrência de um erro é necessário um alinhamento de diversos buracos. Os buracos do queijo

correspondem às várias causas, como por exemplo: falhas na gestão, falhas no processo de educação permanente, descuido dos profissionais, sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos e falta de recursos <sup>(45, 46)</sup>.

**Figura 2- Modelo do Queijo Suíço**



Fonte: <sup>(45)</sup>

Esse modelo ilustrado na figura 2, amplia o entendimento equivocado que os EAs são causados por más pessoas, ou maus profissionais. A partir desse modelo, passa-se a entender que os EAs são causados por sistemas que foram mal planejados. Por processos inseguros. “Jamais poderemos extinguir a possibilidade do erro, já que esta é uma característica imutável no ser humano, mas podemos transformar o ambiente no qual os seres humanos agem, desenhando sistemas que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil fazer o errado” <sup>(6)</sup>.

Entende-se assim que existem diferentes abordagens para se trabalhar com essa problemática. Uma abordagem centrada na pessoa, na qual há ênfase nos atos inseguros praticados pelos indivíduos, a qual é baseada no medo e na penalização e, por isso, acaba dificultando com que os profissionais realizem as notificações dos EAs, fragilizando a cultura de Segurança do Paciente <sup>(46)</sup>. Ou se trabalha com a abordagem centrada no sistema, na qual o erro é entendido como inerente à condição humana; como consequência e não como causa. Busca-se assim compreender como e por que ocorreram os EAs, facilitando para que se trabalhe com o planejamento de barreiras para impedir que os danos cheguem ao paciente <sup>(45)</sup>. Alguns exemplos de barreiras são profissionais atualizados, o uso de protocolos clínicos, de checklist, protocolos de higiene das mãos, entre outros.

Em uma cultura de segurança positiva todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza-se assim a segurança acima de metas financeiras e operacionais; bem

como se encoraja e recompensa-se a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promove-se o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; proporcionam-se recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança<sup>(15, 43)</sup>.

Uma cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde<sup>(12, 13)</sup>.

Tendo em vista a importância da cultura de segurança para a qualidade da atenção à saúde, a AHRQ desenvolveu em 2004 um questionário para mensurar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. O Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)<sup>(47)</sup> é utilizado em diversas partes e teve sua versão brasileira já validada. Trata-se de um questionário, o qual avalia a opinião de seus respondentes sobre a cultura de segurança – valores, crenças e rotinas da instituição, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão; um de seus objetivos é possibilitar que profissionais da saúde e gestores encontrem caminhos práticos e culturalmente aceitáveis para que danos aos pacientes sejam evitados.<sup>(48)</sup> Esse instrumento abrange 12 dimensões da cultura de segurança, adaptadas e validadas ao cenário brasileiro e definidas<sup>(47, 49)</sup> conforme descrito a seguir:

1º Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.

2º Aprendizado organizacional e melhoria contínua: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.

3º Trabalho em equipe dentro das unidades: define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.

4º Abertura da comunicação: avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.

5º Retorno (Feedback) das informações e da comunicação sobre erro: avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.

6º Respostas não punitiva aos erros: avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.

7º Adequação de profissionais: avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

8º Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente: avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.

9º Trabalho em equipe entre as unidades: avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.

10º Passagens de plantão/turno e transferências internas: avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.

11º Percepção geral da segurança do paciente: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.

12º Frequência eventos notificados: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente

Nesse sentido, para a implementação de práticas seguras, torna-se cada vez mais evidente que para se atingir um alto nível de segurança nas organizações de saúde, requer-se a construção, reflexão e fortalecimento de uma cultura de segurança. Para isso, no documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente <sup>(43)</sup>, ressaltam-se mudanças importantes, tais como: mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa; do sigilo para a transparência. O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente. Os modelos de cuidado devem deixar de ser baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe interdependente, colaborativa e transdisciplinar <sup>(43)</sup>. Consolidando-se assim, a segurança do paciente como subsídio para propostas de melhoria da qualidade do cuidado à saúde, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde e o cuidado de Enfermagem <sup>(50)</sup>.

## **2.2 Dimensão política da atenção à saúde obstétrica: qualificação da assistência e segurança do paciente**

Ao refletir-se sobre a atenção à saúde das mulheres, vale resgatar o processo de construção histórica das políticas públicas brasileiras. Essa história está fortemente ligada ao processo de medicalização do corpo feminino na sociedade, na perspectiva de transformação não apenas de grupos e espaços públicos, mas também de indivíduos, que ocorreu no Brasil, no final do século XIX.

Em um contexto de controle social, o processo de medicalização do corpo feminino se estendeu a diversos patamares, entre eles a saúde sexual, saúde reprodutiva e o processo de nascer, sendo determinante para transformar esses aspectos em objeto de saber médico, devido ao entendimento que a natureza feminina era essencialmente maternal e reprodutiva<sup>(51)</sup>.

Entre as décadas de 40 a 50, o Programa em vigor era o Programa Materno Infantil (PMI), o qual limitava a saúde da mulher ao seu papel biológico e mantinha a visão da mulher como mãe e “dona de casa”, focalizando o cuidado a saúde dessas restritos à gravidez e ao parto<sup>(52)</sup>. Configurando-se, assim, uma assistência fragmentada, restrita e com um enfoque reducionista das mulheres.

A medicalização do corpo feminino refletiu-se, principalmente, na restrição da autonomia das mulheres sobre seus corpos. O “Código Penal de 1940 é exemplo singular dos variados graus de punição estabelecidos a toda e qualquer tentativa das mulheres sobre a reprodução”<sup>(53)</sup>. Nas décadas de 1960 e 1970, a visão ainda era para o controle de natalidade, mas iniciava-se a falar sobre equidade de gênero, apesar das limitações impostas pelo regime político-social ditatorial (governo militar 1964 a 1985) da época.

Este contexto histórico deve ser levado em consideração, uma vez que na década de 1970 as ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades da população feminina. Um exemplo disso é o Programa de Atenção Materno-infantil dessa mesma década, o qual era fortemente ligado a uma visão restrita e limitada das mulheres, vinculada às suas funções reprodutivas, ao papel social da mulher em uma sociedade patriarcal, de mãe, nutriz, dona de casa e cuidadora da prole, mais com intuito de prover crianças saudáveis (futuras mãos-de-obra) do que sanar as reais necessidades de saúde das mulheres. Em um contexto social de controle de natalidade, onde se buscava o controle e medicalização dos corpos, bem como do processo de saúde-doença<sup>(54)</sup>.

Ainda na década de 70, em resposta a essa visão reducionista, iniciam-se os movimentos feministas, os quais além de lutar contra as desigualdades entre homens e

mulheres, luta atual e relevante até os dias de hoje, acendem as discussões sobre as reais necessidades de saúde das mulheres.

Esse panorama começou a mudar no Brasil na década de 1980, no decurso da reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as reivindicações do movimento feminista, originando em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo MS, com perspectiva de atenção que contemplava todas as fases da vida da mulher, desde a adolescência até o climatério. A implantação do PAISM, mesmo com algumas restrições, é considerado um marco na saúde das mulheres e também para as políticas públicas, pois é um dos primeiros que aborda princípios importantes como de integralidade, promoção da saúde, descentralização, hierarquização e regulação da assistência, apresentando um olhar diferente para a atenção à saúde da mulher e buscando a assistência à mulher como um todo <sup>(55)</sup>.

Assim, a saúde da mulher emerge como uma preocupação de saúde pública e elas passam a ser vistas em sua integralidade como sujeitos autônomos e participativos. Quando incluídas nos processos políticos, buscam garantir maior efetivação dos programas de acordo com suas necessidades <sup>(56)</sup>.

Destacam-se nessa caminhada os preceitos da Constituição Federal 1988, que tem como princípios a prevalência dos direitos humanos e, dentro destes direitos, preconizou a saúde como um direito de todos e dever do estado. E ainda o PAISM, que se fundamentou na política de Promoção de Saúde, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde <sup>(57)</sup>.

Na busca pela integralidade da saúde das mulheres, ressalta-se também a Lei do Planejamento Familiar, de 1996, a qual garante às mulheres a escolha e o acesso aos métodos contraceptivos, bem como ao número de filhos que deseja ter, bem como o planejamento seguro da constituição de sua família <sup>(58)</sup>.

Ponderando algumas fragilidades na implantação do PAISM, e considerando a Saúde da Mulher como prioridade de governo, a partir de 2004, esse programa transformou-se em política, denominado de Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Evidenciou-se, com essa mudança, o compromisso com a implantação de ações de saúde para as mulheres, que deveria balizar os serviços de saúde, orientado pela efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos, de cidadania, com qualidade e humanização, fortalecendo e inserindo as discussões de gênero, em todos os âmbitos e sem qualquer discriminação <sup>(57,58)</sup>.

Essa Política foi uma construção coletiva, em parceria com diversos setores da sociedade, balizada pelos princípios de integralidade e promoção da saúde. Enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social, na perspectiva da saúde como direito de cidadania. Assim, ampliam-se as estratégias em seu plano de ação para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres trabalhadoras rurais, as índias, as negras, as que vivenciam a transexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua, as ciganas e as adolescentes <sup>(57)</sup>. Bem como para temas antes velados, como o de tráfico de mulheres, violência doméstica, obstétrica e sexual, produzindo discussões de gêneros mais ampliadas e embasadas para instrumentalizar os profissionais da saúde.

Ainda em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da MM e Neonatal, organizada e apoiada pelas 27 unidades da federação. Essa proposta foi premiada pela ONU como modelo de mobilização em saúde. Na luta contra os elevados índices de MM e neonatal, um dos princípios deste Pacto era o investimento político em melhorias na atenção obstétrica e neonatal <sup>(59)</sup>.

Nesse sentido vale destacar que a MM, segundo a OMS, é definida como a morte da gestante durante a gravidez ou no período de 42 dias após seu término, independente da duração da gestação, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas que se referem a ela sem ser acidentais ou incidentais <sup>(60)</sup>.

A MM trata-se de uma problemática antiga. Há, pouco tempo havia-se uma expectativa baixa de sobrevivência das mulheres após o parto e isso era algo comum e aceito como vontade divina <sup>(61)</sup>. A preocupação com a MM não é exclusiva do Brasil, e precisa ser enfrentada em todo o mundo, uma vez que dentre os fatores relacionados, estão: os determinantes sociais, a violência, a pobreza, a falta de acesso ao aborto seguro e legal, a falta de acesso aos serviços de saúde e a demora em receber o tratamento adequado. Todas essas desigualdades constituem-se em grave violação aos direitos humanos e demonstram que os Estados não cumprem com seu dever de proteção à vida e à saúde da mulher <sup>(62)</sup>.

Considera-se a MM como um importante indicador da qualidade do sistema de saúde de um país, principalmente sobre o acesso aos serviços, à adequação e à qualidade dos cuidados <sup>(63)</sup>. São considerados eventos sentinelas e como tais devem ser investigados e suscitar melhorias.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o número de mortes maternas por cem mil nascidos vivos (NV) em um determinado espaço geográfico. Esta razão é um dos indicadores

de desenvolvimento de um país ou região, pois quanto maior sua economia melhores as condições de nascimento e menor esse índice. No Chile, por exemplo a RMM é de 25 mortes por 100 mil NV, no Uruguai é de 29 por 100 mil NV, na Costa Rica 40 por 100 mil NV e no Brasil a meta pelos ODM até 2015 era de 35 óbitos maternos por 100 mil NV<sup>(64)</sup>, contudo conseguiu-se alcançar uma RMM de 68 para cada 100 mil NV.

E apesar da melhora dos índices atuais brasileiros, de acordo com os dados da OMS<sup>(65)</sup>, a MM se mantém em patamares extremamente elevados, cerca de 800 gestantes ou puérperas morrem todos os dias no mundo. Principalmente em países em desenvolvidos onde as principais causas são as hemorragias graves, relacionados a pressão arterial (eclampsia e pré-eclâmpsia), as infecções e complicações relacionadas ao aborto inseguro; sendo no Brasil as principais a hipertensão e as hemorragias graves<sup>(64)</sup>.

Outra definição importante é quanto a Mortalidade Neonatal, que se divide em precoce, que corresponde até os seis primeiros dias de vida e a tardia, que corresponde a morte do recém-nascido (RN) até os 28 primeiros dias de vida. A mortalidade Neonatal corresponde a 40% da mortalidade infantil e as principais causas dessas mortes são infecções graves do RN, nascimento prematuro, asfixia ao nascer e malformações congênitas<sup>(66)</sup>. E podem estar relacionados a eventos ocorridos durante o trabalho de parto e no momento do nascimento, o que, por sua vez, pode estar relacionado a problemas intra uterinos ou a falta de atenção à saúde materna<sup>(67)</sup>.

Ainda em relação as políticas públicas, no ano de 2005, um marco importante na saúde da mulher articulado por diversos Ministérios e Secretarias foi o lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, a qual aborda a saúde sexual e reprodutiva sob dimensão dos direitos humanos e de cidadania. Em prol do direito de as pessoas decidirem de forma livre e informar se querem ou não ter filhos, o número de filhos, o acesso à informação e aos métodos e técnicas para tê-los ou não, além do direito de exercer sua sexualidade de forma livre de discriminação e violência<sup>(68)</sup>.

Essa política foi uma das responsáveis pelo estímulo à adoção de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, baseadas em evidências científicas, assim como a qualificação do atendimento às urgências e emergências obstétricas nas maternidades e no SAMU. É importante salientar em relação a problemática dos óbitos maternos a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias que em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceram, parâmetros para os serviços públicos e privados que atendem a parturiente e ao recém-nascido, com repasse de recursos para adaptações físicas e

a qualificação de profissionais. Além da definição de fluxos e prazos para as investigações de óbitos maternos, exigindo notificações e conclusões mais rápidas e eficientes.

Quanto as boas práticas, vale lembrar que são técnicas identificadas como as melhores em termos de eficácia, eficiência e segurança, sendo que um dos principais objetivos da Aliança Mundial de segurança do paciente é justamente estimular o desenvolvimento e a divulgação do conhecimento sobre saúde baseada em evidências e as boas práticas na segurança do paciente. Na obstetrícia iniciou-se a falar de boas práticas ainda no séx XIX, quando de forma empírica o médico obstetra Ignaz Semmelweis descobriu que por meio da higienização das mãos poder-se-ia reduzir até três vezes os índices de morte materna pela chamada febre puerperal. Ademais, a atenção ao parto e ao nascimento já estão difundidas desde 1996, quando foi lançado pela OMS o relatório sobre o cuidado ao parto normal, *Care in normal birth: a practical guide* <sup>(69)</sup>, uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal com base em revisões sistemáticas sobre as intervenções utilizadas na obstetrícia, propôs que essas fossem classificadas em quatro categorias, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.

As práticas são categorizadas em níveis de evidências (A, B, C e D) e organizadas em práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente usadas de modo inadequado <sup>(69)</sup>. Esse guia deveria ser mais utilizado na obstetrícia, uma vez que fortalecem um cuidado efetivo, ou seja, o cuidado que é analisado e traz o maior benefício possível, assim as indicações de uso das tecnologias seriam respeitadas, as boas práticas adotadas e as habilidades e competências profissionais periodicamente revisadas.

Todavia, apesar da existência das diretrizes e políticas referidas anteriormente e também de dados relevantes como o de que a incidência de morte materna quando relacionada à cesariana é 3,5 vezes maior, essas não asseguram a efetivação e diminuição das mesmas. Segundo o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) /2016 a taxa nacional de cesarianas é elevada, 57%, representando 40% dos partos realizados na rede pública de saúde e 84% na rede particular. Esses números colocam o Brasil em segundo lugar no mundo em percentual deste tipo de parto, sendo o recomendado pela OMS em até 15%.

Existe a necessidade de ações efetivas de saúde para que se desenvolvam discussões acerca da singularidade do processo de nascer e de políticas próprias para a saúde materna e neonatal. É perceptível o direcionamento dessas com maior intensidade na humanização da

assistência durante os períodos do pré-natal, parto e puerpério. Tal fato está relacionado às propostas de ampliação e melhoria na qualidade de vida da mulher e da criança<sup>(70)</sup>, bem como de sobrevivência, uma vez que serviços de assistência de qualidade desde o pré-natal, passando pelo local do parto e no puerpério contribuem de maneira significativa para diminuir os índices de cesarianas desnecessárias e conseqüentemente de MM em nosso país e no mundo.

Estudiosos<sup>(71)</sup> ponderam ainda que se o pré-natal é considerado de baixa eficácia, a atenção ao parto e o puerpério são etapas esquecidas no processo de nascimento, sendo a realização de um atendimento humanizado e de qualidade fundamentais. Para tanto, é necessário acolher a gestante e a sua família com integralidade, considerando o ambiente social, cultural e físico em que vivem<sup>(71)</sup>.

Desta forma, no final da década de 90, no âmbito do SUS, tendo em vista qualificar e organizar essa assistência, a humanização torna-se princípio de dois programas de saúde pública brasileira: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PHAH), consolidando a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>(72, 73)</sup>.

O PHPN tem como uma de suas prioridades promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada e ampliar a adesão abrangendo todos os níveis de complexidade<sup>(36,34)</sup>. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério<sup>(72)</sup>.

No PHPN, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos<sup>(70, 72)</sup>.

Somando-se aos dois programas (PHPN e PHAH) o MS formula a PNH, a qual aborda que humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais<sup>(72)</sup>.

De acordo com a PNH, a humanização do atendimento está intimamente relacionada com a proposta de qualidade e segurança nos serviços prestados, assim como na sua

resolutividade, estabelecendo vínculos solidários na implantação desse processo. Desta forma, propõe-se um trabalho coletivo para que o SUS articule os avanços tecnológicos melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais<sup>(70)</sup>, garantindo o acesso aos serviços de saúde, à qualidade, segurança e integralidade das ações.

Reflete-se que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam<sup>(73)</sup>.

Neste sentido, os profissionais da saúde são coadjuvantes desta experiência, mas desempenham importante papel. Estes têm a oportunidade de difundir seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos; podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, auxiliar durante todas as etapas gestacionais até o nascimento<sup>(72)</sup>.

Entretanto, segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde<sup>(74)</sup>, o modelo de assistência obstétrica encontrado atualmente no Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas intervencionistas. Tal fato corrobora com o MS<sup>(51)</sup>, que afirma que a perda da autonomia feminina no parto deve-se, principalmente, ao processo de medicalização do corpo.

Considerando-se que uma atenção humanizada ao processo de nascimento compreende o resgate a posição central da mulher, respeitando sua dignidade, autonomia e seu direito a ter controle da situação, faz-se necessário implementar as diretrizes propostas pela PNH. Tal política emerge das discussões sobre a qualidade da atenção às mulheres no ciclo gravídico puerperal, configurando-se como uma estratégia singular para redesenhar os paradigmas da atenção obstétrica e efetivar a redução da mortalidade materna e perinatal e o empoderamento das usuárias<sup>(75)</sup>. Segundo o MS, considerar a plena cidadania dos indivíduos e os diferentes ordenamentos culturais é condição primeira para que a humanização seja efetivada nos serviços de saúde e na sociedade<sup>(70)</sup>.

Portanto, reafirmar o caráter amplo da humanização na atenção obstétrica é de suma importância, de modo que se possam envolver conceitos relacionados aos cuidados, atitudes e conhecimentos voltados para evitar práticas possivelmente iatrogênicas e estimular o empoderamento das diferentes mulheres<sup>(70)</sup>.

Destaca-se que a forma como o sistema de saúde e como as redes estão organizadas também afeta os resultados obstétricos. Características como a universalidade, descentralização, distribuição, cobertura da rede de serviços e financiamento são alguns dos fatores que interferem na qualidade da atenção ofertada <sup>(75)</sup>. Outros fatores de risco, e que interferem na qualidade do resultado, são: local do parto; tipo de profissional assistente; tipo de parto; técnicas de indução/aceleração do parto; uso de episiotomia, analgesia e de outras tecnologias.

De modo a fortalecer a rede de atenção à saúde da mulher e da criança, o MS lançou a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011<sup>(76)</sup>, a qual institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Esta consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis <sup>(76,77)</sup>. Faz parte dos objetivos da Rede Cegonha a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil garantindo o acesso, acolhimento, segurança e resolutividade. Com isso, umas das diretrizes pactuadas é a garantia a maternidade segura que é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução <sup>(78)</sup>.

Pondera-se que a atenção obstétrica no Brasil, apesar das mortes maternas apresentarem queda nas taxas de 1990 até 2010 cerca de 51%, passando de 120 para 56 por 100 mil nascimentos. O panorama ainda está longe de ser o ideal, uma vez que no ano de 2005 morreram 63.542 mulheres de 10 a 49 anos de idade, das quais 1.619 por problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério, sendo mortes que poderiam ser evitadas, em quase sua totalidade <sup>(25, 79,21)</sup>. Demonstrando-se assim a baixa qualidade da assistência no pré-natal, intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos como algumas das causas desses índices de MM em nosso país <sup>(80)</sup>.

No que se refere ao estado do RS, no ano de 2008, a razão de mortalidade materna foi de 62,2 por 100.000 mil nascidos vivos, sendo que 39,8% foram mortes obstétricas diretas <sup>(81)</sup>. Frente ao contexto epidemiológico, a redução da MM no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública.

A qualidade da assistência pré-natal, com detecção precoce do alto risco e assistência adequada e de qualidade, são aspectos fundamentais para a prevenção dos óbitos maternos.

As maternidades por sua vez, necessitam prestar atendimento baseado em Protocolos e com evidências científicas que garantam uma assistência segura e eficaz às mulheres<sup>(16)</sup>.

Ressalta-se que alguns autores ao estudarem as dimensões de qualidade na atenção obstétrica, propõem a tradução dessas para a área<sup>(82)</sup>. Nesse caso um cuidado de qualidade na saúde materna e neonatal estaria relacionado às seis dimensões de qualidade da IOM considerando as especificidades da obstetrícia. Sendo o **cuidado Seguro**: quando este é pautado na fisiologia do parto, minimizando assim o uso de intervenções, o que minimiza também o risco de erro ou dano. O **cuidado efetivo**: quando prestado de acordo com as indicações padrões atuais e cientificamente estabelecidos, assegurando que não serão utilizadas intervenções em excesso ou desnecessárias, tampouco de forma insuficientes, ou seja, quando os cuidados têm indicação e não são realizados. O cuidado deve ser **centrado na mulher e no recém-nascido**, voltado às necessidades, valores, cultura e preferências das mulheres e das famílias; assim as decisões clínicas não são tomadas por conveniência do profissional ou da maternidade. O cuidado deve ser **oportuno**, prestado quando necessário, pois a espera pode comprometer o andamento do trabalho de parto. Nisso inclui-se oferecer informações claras em tempo para apoiar a tomada de decisão da mulher e sua família. Os cuidados devem ser eficientes, produzindo maior benefício possível com o uso adequado dos recursos e tecnologia. Por fim, o cuidado deve ser **equitativo**, ou seja, todas as mulheres devem ter acesso aos mesmos cuidados, conforme suas necessidades e valores, considerando as barreiras linguísticas, culturais e geográficas.

Nesta linha de pensamento que visa garantir uma assistência segura e eficaz às mulheres, o MS em parceria com outras instituições de ensino e da assistência à saúde, lançaram em agosto de 2017 O projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia<sup>(83)</sup>. Essa iniciativa propõe qualificar os campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal. Inicialmente com o foco em hospitais de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado<sup>(83)</sup>.

Destaca-se que dentre o marco conceitual desse aprimoramento está a segurança do paciente, entendendo a indissociabilidade entre formação, atenção e gestão, um das estratégias iniciais é a formar os profissionais para que incorporem práticas baseadas em

evidências científicas, nos princípios de humanização, **segurança** e garantia de direitos das mulheres <sup>(83)</sup>.

Assim, para que as maternidades apresentem mais qualidade e segura é necessário mais conhecimento acerca do tema da segurança do paciente na saúde materna, redes de cuidados possam avançar no desenvolvimento de serviços que prestem uma atenção holística e de qualidade, direcionando práticas seguras a partir das ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Justifica-se, portanto, a premência da construção de uma cultura de segurança que permita às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da assistência à saúde das mulheres no pré, parto e pós-parto. Analisando-se as dificuldades e problemas decorrentes aos diversos procedimentos invasivos, a cascata de intervenções que as usuárias e seus filhos são submetidos e suas consequências no atual modelo obstétrico brasileiro.

Acerca das Políticas Públicas ainda é importante refletir que seus processos de implementação, independente da área, se dão por atores diferentes com objetivos diferentes, em processos de conflitos, disputas de interesses e pelos recursos disponíveis na sociedade em determinado período <sup>(84)</sup>. O que nos leva a pensar sobre como saúde materna e neonatal é vista pelas nossas políticas e sociedade atual.

Considera-se ainda que a maioria das ações previstas nos documentos oficiais ainda não são implementadas pelos profissionais de saúde e que apesar de considerarem a coparticipação das mulheres na construção das políticas do setor da saúde, elas são vistas apenas como objetos dessas políticas por uma ótica de risco, e com finalidade curativa <sup>(85)</sup>. O que torna difícil avançar para um diálogo mais amplo, com um olhar para além do foco de problemas e riscos, mas compreendidas como autoras dessa construção.

Ademais, as políticas atuais em relação à saúde da mulher no Brasil são feitas na sua maioria por homens, uma vez que não existe um equilíbrio entre homens e mulheres em todos os níveis de poder. Conta-se apenas com 9% de mulheres no Congresso Nacional, 12% nas assembleias legislativas e 12% nas câmaras municipais. A representatividade feminina é ainda muito baixa, e entre os países que adotaram a política de cotas para mulheres na política, o Brasil apresenta o pior resultado <sup>(86)</sup>. É imprescindível que as mulheres compartilhem da elaboração e da execução de leis, e também que as ponham em prática para atender e reivindicar às suas necessidades, de uma forma equânime e numa perspectiva positiva de saúde e cidadania com direitos e capacidades de refletir e fazer suas escolhas.

Destaca-se ainda, a importância da participação, da intercomunicação e construção de redes entre os serviços de saúde, e entre usuários e os profissionais de saúde envolvidos na

assistência ao parto e nascimento, ressaltando aqui os enfermeiros, que devido a sua proximidade as mulheres necessitariam de reorientações para um atendimento qualificado, contextualizado e humanizado.

Partindo disso, propõe-se pensar e discutir os saberes e práticas das equipes multiprofissionais atuantes em UCO e UIO, por meio da articulação de novas tecnologias com outros campos do saber, apresentando possibilidades de leitura, produção e discussão de novos olhares a respeito das práticas profissionais e seus reflexos para a sociedade. Essa problematização perpassa e constitui o cuidado de enfermagem e de saúde, além de implicar em importantes questões de bioética e de cuidados para esses sujeitos, suas famílias e os profissionais de saúde envolvidos.

### **2.3 Enfermagem na construção do conhecimento acerca do tema em estudo**

Ainda nessa revisão, as inquietações remeteram a explorar-se o que tem sido produzido sobre a Segurança do Paciente frente a Saúde Materna durante o processo de assistência ao parto e nascimento. Realizou-se assim uma revisão integrativa (RI) <sup>(87)</sup> da literatura, esse tipo de investigação busca agrupar resultados de pesquisas tratando de um mesmo assunto, a fim de sintetizar e analisar os dados gerando uma explicação abrangente sobre o tema. O método possui cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados <sup>(87)</sup>.

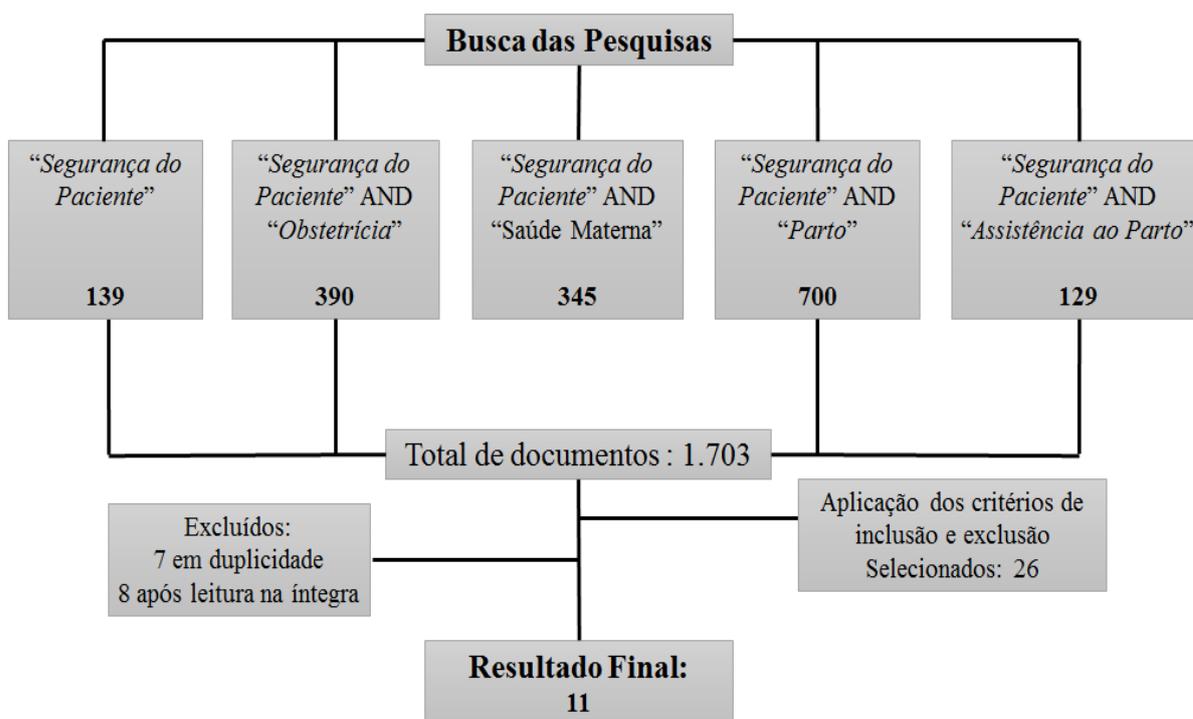
Na primeira Etapa, a seguinte questão norteadora foi proposta: O que tem sido estudado sobre Segurança do Paciente frente a saúde materna na assistência ao parto?

Para coleta de dados (segunda etapa), definiram-se previamente os critérios de inclusão: artigos, teses e dissertações que respondam ao objetivo desta busca; disponíveis on-line de forma gratuita; publicados a partir de 2004, utilizando como marco temporal a publicação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS em 2004 por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomenda aos países maior atenção ao tema Segurança do Paciente. Como critérios de exclusão utilizaram-se: resumos incompletos na base de dados e que não tratassem da temática de Segurança do Paciente na assistência a mulher no pré-parto, parto e pós-parto.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2016, no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Foram utilizados os seguintes descritores segundo os termos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) no Banco de Teses e Dissertações da CAPES: Segurança do Paciente; Obstetrícia; Saúde Materna; Parto e Assistência ao Parto. Sendo

realizado o cruzamento do termo “Segurança do Paciente” com todos os demais e também como descritor único. Totalizando 1.703 documentos (sem os filtros dos critérios de inclusão/exclusão). A figura 3 apresenta de forma simplificada a coleta de dados realizada.

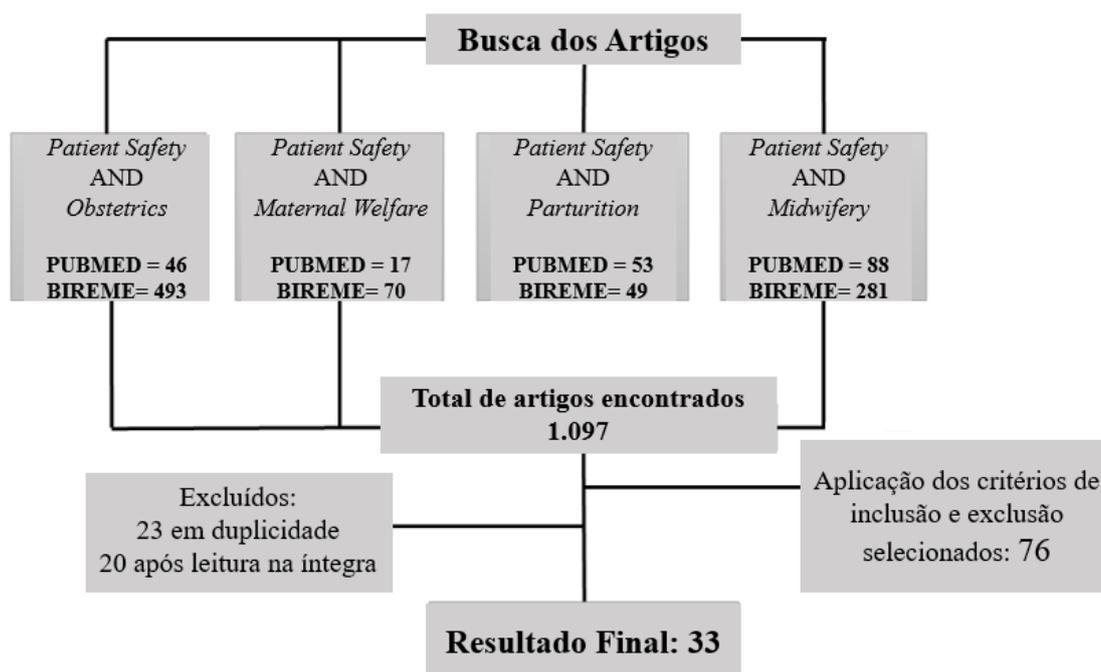
**Figura 3- Fluxograma de captação e seleção das teses e dissertações**



Fonte: Dados da pesquisa, Silva SC, Porto Alegre, 2018.

Esta busca foi refeita em março de 2017 nas bases de dados eletrônicas PUBMED e Bireme. Nessas bases as palavras-chaves utilizadas segundo os Mechs Terms: *Patient Safety; Obstetrics; Maternal Welfare; Parturition; Midwifery*. Foi realizado o cruzamento do termo “*Patient Safety*” com todos os demais. Totalizando 1.097 documentos (sem aplicação dos filtros dos critérios de inclusão/exclusão). A figura 3 apresenta de forma simplificada a coleta realizada.

**Figura 4- Fluxograma de captação e seleção dos artigos**



Fonte: Dados da pesquisa, Silva SC, Porto Alegre, 2018.

Inicialmente, optou-se pela leitura atenta dos títulos e resumos das 2.800 publicações para identificar a abordagem trabalhada. Apenas 102 (76+26) destes estudos abordavam a segurança do paciente frente à saúde materna na assistência ao parto, contudo após a leitura na íntegra das investigações excluiu-se 28 (20+8) deles que não respondiam à questão de pesquisa e 30 (23+7) que estavam em duplicidade. Assim, foram analisadas 11 teses e dissertações e 36 artigos originais que trabalharam com a temática.

Para avaliação dos dados utilizou-se um instrumento de extratificação dos dados, com características básicas dos documentos selecionados, o que facilita a leitura e discussão dos achados. Nesse instrumento as pesquisas foram identificadas por um código formado da letra “T” quando referente a tese de doutorado, com a letra “D” quando referente a dissertação de mestrado e “A”, quando referentes a artigos científicos. Seguidas de um número sequencial (ex: T1, D2, A3). Além disso, no instrumento consta o título; o nível do curso e ano de defesa; procedência e instituição de ensino; local de realização da pesquisa; abordagem, se quantitativa ou qualitativa; método; população; objetivos e contribuições para a Segurança do Paciente na Saúde Materna.

Frente a uma caracterização dessas pesquisas, tem-se que: três delas eram Teses de doutorado, oito Dissertações de Mestrado Acadêmico e 33 artigos originais. Em relação as primeiras (teses e dissertações), às instituições de ensino, nenhuma se repetiu, apresentando

instituições de diferentes regiões do Brasil, com destaque para a região sul e sudeste que tiveram uma maior representatividade.

Nos artigos, quanto aos Países e regiões que se destacaram com maior número de publicações foram os Estados Unidos (n:8); Austrália (n:6); Reino Unido e África (n:3); Holanda (n:2), no Brasil foi encontrada apenas uma pesquisa realizada em São Paulo. Destaca-se ainda um estudo multicêntrico entre Reino Unido e África. Em relação ao local onde eram realizadas as pesquisas, percebeu-se maior interesse, conforme esperado, nas instituições hospitalares, como maternidades, centros obstétricos, unidades de internação Obstétricas e UTIs; havendo apenas um estudo que abordava os partos domiciliares.

Em relação à abordagem dos estudos a maioria (n:31) eram estudos quantitativos, com destaque para uma etnografia que foi realizada em uma maternidade. Os métodos de coleta de dados mais utilizados foram questionários, formulários e análise documental de dados secundários como prontuários, notificações de incidentes e banco de dados. Salienta-se também a realização de uma pesquisa que foi conduzida por meio de entrevistas via telefone com as puérperas. Destaca-se que poucas pesquisas foram realizadas com as mulheres, sendo a grande maioria com profissionais da saúde.

Na etapa de análise e interpretação dos dados realizou-se a síntese e comparação das informações, analisadas e interpretadas segundo convergência e/ou divergência, sendo apresentadas, por fim, na forma de quadro sinóptico (APÊNDICE D).

Poucos estudos alcançaram discussões acerca da Segurança do Paciente de forma mais ampliada (A1, A3, A5, T1, D2, A25) discutindo a importância do engajamento da equipe nos cuidados seguros, utilização de checklist e protocolos, investigaram os índices de satisfação e as causas de insatisfação das pacientes. Nesta perspectiva ampliada, destaca-se uma etnografia realizada no Marrocos que sugere que os *insights* etnográficos podem contribuir para repensar o risco e a segurança em contextos que, apresentam uma complexidade sociocultural e estrutural que impacta profundamente a vida das mulheres. (A5). Nesta vertente, uma pesquisa realizada na Índia, confirma que trabalhar a segurança do paciente na área obstétrica pode ser usada como um ponto de entrada para melhorar a qualidade dos serviços de saúde na Índia (A31)

A maioria das investigações abordaram questões também importantes, que embasam e fortalecem a Segurança do Paciente, contudo mais pontuais e relacionadas aos fatores de risco materno (A7, A28, A29, A9), a morbimortalidade materna (D3, T4, T6, D11), near miss (T6, D9), fatores de risco e mortalidade Neonatal e fatores associados aos óbitos neonatais (D7, D8, D10, A2, A33), desfechos perinatais adversos (D9) e de EA de falhas com

medicamentos (D5, A16), falhas na identificação (A30), subnotificação (A8), análise dos incidentes de segurança na obstetrícia (A9, A15, A28, A7).

Uma pesquisa desenvolvida por cinco anos, que avaliou a prevalência e incidência de EA no pós-parto e pós-cesariana em distintas localidades, identificou altas taxas de trauma obstétrico partos vaginais entre chineses e japoneses. Nas Filipinas e outras ilhas do Pacífico identificaram-se altas taxas de cesarianas; e havaianos nativos tinham melhor qualidade e resultados de segurança, em várias medidas de qualidade e segurança, incluindo trauma obstétrico durante o parto vaginal (A28).

Frente a esta vasta variedade de determinantes de risco a incidentes críticos e desfechos negativos, possíveis no processo de parto e nascimento, uma das investigações concluiu que não há uma única intervenção para melhorar segurança no atendimento as gestantes (A17).

Contudo, conforme inferido nos trabalhos, o aprimoramento dos profissionais, um modelo de colaboração entre as equipes e a educação interdisciplinar podem contribuir para qualificar a assistência em diferentes esferas (A,22, A32, A19, A8); um deles afirma que a partir do olhar de profissionais de saúde dos serviços hospitalares (maternidade), foi possível qualificar os cuidados realizados nos partos domiciliares, além de melhorar a transmissão de cuidados e a compreensão mútua entre essas equipes (A4). Outro estudo refletiu que parteiras jovens precisam de mais apoio e prática de trabalho em equipe, em um ambiente amigável, para melhorar a segurança e o clima de trabalho pela experiência e autoconfiança (A25).

Apesar dos importantes avanços na área interdisciplinar de colaboração em obstetrícia, uma das pesquisas (A8) sugere que há espaço para melhorias sobre o silêncio organizacional em todas as profissões envolvidas no trabalho em equipe.

Neste interim, estudo que comparou as terapias não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor no pós-parto, sugere também o fortalecimento do trabalho entre a equipe multiprofissional, neste caso em relação a tomada de decisão compartilhada para a prescrição de opioídes, no pós-parto pode otimizar o controle da dor (A6).

Com relação à assistência no trabalho de parto, parto e puerpério (T1, D2), ponderando o conhecimento prévio acerca dos EA que podem ocorrer neste processo, analisou-se a atuação da equipe frente a esses. Por um lado, foi perceptível que a indução/aceleração do trabalho de parto, o tipo de parto e a duração dos estágios do trabalho de parto são importantes fatores de risco que contribuem para diversos desfechos negativos (T1).

Por outro lado, as equipes se mostram, empenhadas em dar suporte à paciente por meio do apoio empático, da valorização do acompanhante, promovendo, circunstâncias seguras de

cuidado. Demonstram conscientização, realizando cuidados que protegem a mãe e a criança como o contato pele a pele, no entanto, sobre essa prática, apesar das evidências favoráveis, ainda são necessários esforços para que se configure em rotina de segurança para a mãe e principalmente para o neonato no cotidiano do cuidado (D2).

Frente a isso, pesquisa australiana sinaliza a necessidade de excelentes normas de segurança e qualidade, para a redução dos altos níveis de intervenção médica, bem como o fortalecimento de mais opções de atendimento em maternidades projetadas para às necessidades de todas as mulheres (A10).

Ao se considerar a atuação de cada categoria profissional, identificou-se que apenas uma pesquisa ressaltou que o Enfermeiro exerce papel diferenciado para a efetivação de uma assistência segura, visto que foi preponderante no apoio à mulher e na promoção de cuidados seguros como o contato pele a pele (D2).

Outro estudo, afirma que conhecer a visão e o entendimento dos profissionais de saúde inseridos no serviço de obstetrícia sobre o acompanhamento de pré-natal, interfere na ocorrência do óbito materno. Uma vez que ao valorizar e estimular as gestantes a aderirem ao pré-natal possibilita a identificação precoce e o tratamento de riscos, e conseqüentemente pode diminuir a incidência de óbitos maternos (D3).

Salienta-se que alguns estudos fazem a relação dessas problemáticas com o planejamento, coordenação, desenvolvimento e aplicabilidade de novas estratégias e políticas públicas de saúde que visem alcançar a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, reduzir os óbitos maternos e neonatais melhorando a qualidade a assistência a essa população (T4, T6, D7, A18). Sendo identificado dois artigos africanos a necessidade de esforços para melhorar o acesso ao atendimento qualificado, devendo ser acompanhados de melhorias na segurança de referências não atendidas (A24, A18).

Além disso, vale destacar as sugestões realizadas nas pesquisas, tais como: a identificação ainda no pré-natal, e o encaminhamento da gestante com near miss materno para um serviço de referência de alto risco gestacional, como fator protetor para solucionar comorbidades e evitar o óbito materno (D3, A24). Assim como, a realização de um pré-natal de qualidade é essencial para a prevenção do óbito neonatal de forma geral (D8).

Fundamenta-se que medidas para padronizar o atendimento, o desenvolvimento de ações educativas, construção de protocolos clínicos baseados em evidências científicas atuais, o treinamento dos profissionais da saúde e a elaboração de cartilhas de instrução sobre medicações são imprescindíveis para otimizar a supervisão e a revisão da qualidade (D5, T1, A32, A22, A13). Utilizar-se dos dados dos Sistemas de Informações em Saúde, contribui com

a vigilância da morbimortalidade materna e para ampliar o conhecimento sobre os aspectos envolvidos (T4).

Estimular o investimento na segurança do paciente como uma competência clínica da área obstétrica no Peru, foi proporcional ao aumento da adesão ao protocolo de hemorragias puerperais, oferecendo indicações que poderiam, segundo os autores, esse mesmo investimento ser aplicado em toda a América Latina (A13).

Um dos estudos (D5) aponta a realização de busca ativa, como um instrumento adequado para a determinação da real incidência de reações adversas a medicamentos no âmbito hospitalar (D5). Aliado ao conhecimento e análise dos fatores de risco para os óbitos maternos e neonatais (D10) sendo estes, componentes determinantes que devem ser considerados na elaboração de estratégias de redução das causas de base.

Quanto ao nível de evidências dos estudos selecionados, apesar maioria serem quantitativos, concorda-se com um dos estudos (A15) que destaca a necessidade de ensaios randomizados controlados, para melhorar o nível de evidência e comparar a segurança do paciente na obstetrícia através de diferentes estratégias de cuidado.

Por outro lado, estudos qualitativos que abordem a percepção da mulher, do acompanhante e demais profissionais da saúde foram sugestões elencadas ao término de três investigações (D2, A27, A26). Outros dois estudos sugerem investigações com mulheres que vivenciaram uma experiência em emergência obstétrica como forma de destacar aspectos positivos e negativos da comunicação do trabalho em equipe (A14, A32). As publicações referidas anteriormente (D2, A27, A27, A14, A32), apresentam indicações da necessidade de desenvolver estratégias embasadas na confiança, pelas quais os profissionais de saúde consigam conhecer as percepções das mulheres para atingir capacidades de apoiar o parto natural, e melhorar a segurança dos serviços das maternidades.

Vale ponderar, a reflexão desenvolvida em uma das pesquisas sobre cultura de segurança, que após a utilizar o questionário *Safety Attitudes Questionnaire*, problematiza que esse examina a cultura de segurança a nível clínico, mas não capta as influências mais amplas, como o impacto de iniciativas políticas e contextos de vulnerabilidade. (A26).

Com relação ao ensino sobre a segurança na obstetrícia, três estudos internacionais (A14, A17, A23), destacam à adoção e disseminação de metodologias ativas de ensino e de Simulação Clínica para qualificar a assistência. Um deles aborda o aprendizado de características de liderança e o treinamento para um bom trabalho em equipe, com cenários simulados, acrescentando a análise de experiências de emergências reais (A14). A simulação em obstetrícia permite praticar em um ambiente seguro possibilitando melhorar o desempenho

de indivíduos e equipes obstétricas. Há evidências de que, com a prática simulada, os obstetras e acadêmicos melhoram suas habilidades técnicas e de comunicação (A17, A23).

O levantamento das teses e dissertações defendidas nos últimos anos, assim como dos artigos originais, auxiliou na identificação de lacunas sobre o tema, do que tem sido produzido em torno da Segurança do Paciente no processo de parto e nascimento e como tem se constituído o cuidado e o conhecimento para a enfermagem obstétrica.

Diante disso, propõe-se uma perspectiva de pensar e discutir a Segurança do Paciente na assistência ao parto, por meio da articulação com outros campos de saber, tecendo redes entre as instituições envolvidas e de forma longitudinal, apresentando diferentes possibilidades de leitura para esse fenômeno tão complexo e de variáveis multifacetadas. Dessa forma, reconhece-se a carência de pesquisas que problematizem a Segurança do Paciente na assistência ao parto na perspectiva dos profissionais da saúde com uma visão de melhoria e qualidade para o serviço, que desvele possibilidades e fragilidades na produção e discussão de novos olhares em torno dessa temática.

A segurança do paciente perpassa e constitui o cuidado de enfermagem na área obstétrica, tendo em vista o papel central dos enfermeiros nos serviços de saúde e a complexidade da dinâmica de trabalho. Além disso, implica em questões bioéticas e de cuidados, importantes para as mulheres, os recém-nascidos, suas famílias, instituições e comunidade em geral como parte de uma melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Para a construção de uma investigação que possibilite responder às questões deste estudo e ainda para alcançar o objetivo geral proposto, optou-se pela pesquisa de campo, do tipo exploratória-descritiva e analítica com abordagem qualitativa.

O trabalho de campo nas pesquisas qualitativas se apresenta como uma possibilidade de alcançar não somente o maior contato com o que se deseja conhecer e estudar (objeto de estudo), mas principalmente com a produção de um conhecimento, partindo da realidade presente no campo. A pesquisa de campo é aquela que procura “examinar profundamente as práticas, os comportamentos, as crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto ação, na vida real”<sup>(88)</sup>.

A pesquisa exploratória permite que o pesquisador se aproxime e familiarize com uma temática pouco conhecida e pesquisada, ou seja, pouco explorada. Nesse caso, como o objeto de estudo (a segurança do paciente e a cultura de segurança em obstetrícia) foi pouco analisado nas pesquisas de enfermagem, nosso trabalho se configura como exploratório, permitindo aprimorar o conhecimento<sup>(89)</sup>.

A pesquisa descritiva foi complementar, suporte para descrever as características de uma determinada população, proporcionando maior familiaridade com o problema que esta vive, com vistas a torná-lo mais explícito<sup>(89)</sup>.

A abordagem qualitativa se justifica por subsidiar investigações de grupos e de histórias sociais sob a ótica dos atores. Esta metodologia permite estudar os significados das relações humanas e explorar esta realidade, ampliando o estudo das representações, crenças e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constroem suas vidas e a si mesmas<sup>(88)</sup>. No caso do estudo aqui proposto, destaca-se que investigar um grupo de profissionais que vivem situações semelhantes em uma mesma realidade, oportuniza-se conhecer as suas crenças, percepções e visões de mundo, possibilitando explicitá-las na medida em que se aprofunda e discute suas histórias na área da obstetrícia na instituição pesquisada.

#### 3.2 Caracterização do campo da pesquisa

O cenário de estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que integra a rede de hospitais universitários da Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e está vinculado à UFRGS. Sua estrutura atende ao desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão nos níveis de graduação e pós-graduação.

O HCPA é um hospital público e geral, certificado pela *Joint Commission Internacional (JCI)*, que desenvolve pesquisas biomédicas, clínicas e epidemiológicas de grande impacto para a comunidade científica. Atende cerca de 60 especialidades, oferecendo prioritariamente à pacientes do SUS, os mais diversos tipos de procedimentos, de baixa à alta complexidade.

Em relação a Segurança do Paciente, o HCPA dispõe em sua estrutura um Núcleo de Segurança do Paciente, formado pelo Programa QUALIS e pela Comissão de Gerência de Risco. A Gerência de Risco trabalha na avaliação sistêmica de ocorrências, sejam elas eventos adversos, quase erros, quase falhas e circunstâncias/situações de riscos sanitário-hospitalares, seu objetivo consiste na melhoria contínua da qualidade e segurança nos processos assistenciais e de trabalho.

Desenvolveu-se a pesquisa no Serviço Materno-Infantil do HCPA, o qual é constituído pela Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e Unidade de Internação Obstétrica (UIO). Optou-se por estes serviços por serem considerados referência para o cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, assim como ao recém-nascido e durante a sua permanência em alojamento conjunto com a mãe. A UCO e a UIO atendem gestantes de risco habitual e de alto risco de todo o estado do RS, oferecendo atendimento em sua grande maioria aos usuários do SUS.

As ações dos serviços são pautadas nos princípios da PHPN, promovendo a interação precoce entre mãe, pai, bebê e família, estimulando o aleitamento materno e orientando a mulher e sua família sobre os cuidados necessários à mulher e ao recém-nascido nos primeiros dias de vida. O HCPA é certificado como Hospital Amigo da Criança desde 1997, desenvolvendo um conjunto de ações para promoção, proteção e apoio a amamentação.

No ano de 2011, essas unidades do HCPA aderiram a Rede Cegonha, que é uma estratégia do MS que visa implantar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis <sup>(76,77)</sup>.

### 3.3 Caracterização das participantes do estudo e os critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo refere-se a todos os profissionais da saúde UCO e UIO. A equipe de enfermagem da UCO, composta por 19 enfermeiras e 46 técnicos de enfermagem, sendo distribuídos em três enfermeiras obstétricas por plantão; 11 técnicos de enfermagem no turno da manhã e no turno da tarde, e oito, no turno da noite. A equipe de enfermagem da UIO era formada por 10 enfermeiras e 29 técnicos de enfermagem. Já a equipe médica nos dois serviços era constituída por 20 médicos contratados e 29 residentes.

Assim, a amostra foi composta por 12 profissionais, todas do sexo feminino, sendo cinco técnicas de enfermagem, três enfermeiras e quatro médicas (contratadas). A atuação profissional dava-se exclusivamente na área de atendimento obstétrico (na UCO e na UIO), todas possuíam vínculo empregatício formal com a instituição. Em relação ao tempo de atuação na especialidade, apresentaram tempo mínimo de 1 ano e 8 meses e tempo máximo de mais de 20 anos.

Justifica-se esse número de sujeitos devido à técnica de coleta de dados, que foi o grupo focal, tendo em vista a melhor participação e operacionalização dos encontros <sup>(90, 91)</sup>. Do ponto de vista operacional, a técnica do grupo focal compreende reuniões com um pequeno número de informantes, com o mínimo de seis e o máximo de 15 <sup>(92)</sup>. Além de propiciar maior interação grupal, essa condição facilitou o desenvolvimento das discussões, debates e a comunicação intragrupo <sup>(93)</sup>.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde assistencial, funcionário da UCO ou UIO há pelo menos 12 meses. Acredita-se que com esse tempo os colaboradores já tenham adquirido uma visão mais ampliada do funcionamento da instituição. Os critérios de exclusão referem-se aos profissionais afastados ou de férias no período da coleta de dados.

### 3.4 Recrutamento das participantes

A seleção das participantes foi do tipo intencional <sup>(94)</sup>, considerando o objetivo do estudo e as orientações para o grupo focal. Todos os profissionais de saúde das equipes foram convidados verbalmente a participar e a adesão foi voluntária. Os convites foram realizados pela pesquisadora em diferentes momentos como será descrito posteriormente. A convocação do grupo focal, ou seja, o convite para integrar o grupo foi elemento fundamental para garantir a presença dos participantes <sup>(95)</sup>.

Após o aceite, a autorização das instituições envolvidas e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFRGS, foi realizado contato com as chefias das UCO e UIO da enfermagem e da medicina. Com estes, foi combinado os dias das visitas técnicas, com intuito de participar de todo o turno de trabalho no hospital, buscando conhecer as equipes e as rotinas das unidades. Por meio de conversas informais com técnicos, médicos e enfermeiros, esse primeiro contato foi fundamental para estabelecer um clima de confiabilidade e desejo em participar do estudo. A apresentação da pesquisadora era realizada por coordenadores das equipes que eles conheciam e confiavam e utilizou-se linguagem clara e esclarecedora criando um clima de segurança e interesse.

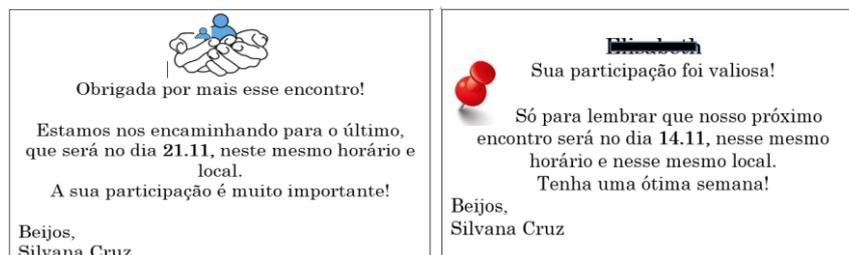
Foram realizadas três visitas técnicas a cada unidade, nos turnos da manhã, a tarde e à noite. Após essas visitas, realizou-se uma segunda abordagem com a equipe de enfermagem durante as trocas de plantões, na qual a enfermeira responsável, após a passagem do plantão, solicitava a atenção da equipe para que a pesquisadora falasse da sua pesquisa, motivando e convidando formalmente os profissionais a participar. Nesses momentos, se apresentava o objetivo do estudo e a metodologia, deixando claro que todos poderiam se inscrever. Os profissionais interessados preenchiam um documento que incluía as informações de contato (e-mail e telefone) e o turno que seria melhor para sua participação. Realizou-se essa abordagem durante sete dias (de segunda a domingo), nas duas unidades durante as três passagens de plantão para garantir que todos os profissionais fossem convidados.

Além disso, disponibilizou-se na sala de enfermagem das unidades uma ficha de inscrição para os que ainda não tinham certeza se queriam colaborar, desejavam pensar mais sobre o assunto, podendo inscrever-se posteriormente.

A realização do convite para a equipe médica deu-se de maneira distinta, por sugestão de uma das médicas do setor. Primeiramente, participou-se de uma reunião de área, onde se encontravam todas as chefias do serviço de gineco-obstetrícia. Foi apresentada a pesquisa, o objetivo e a metodologia, solicitando apoio dos profissionais. Além disso, participou-se das aulas do programa de residência médica do hospital para sensibilizá-los e convidá-los a participar.

Posteriormente à inscrição, se fez contato com os profissionais inscritos, explicando novamente sobre o que se tratava a pesquisa e o objetivo, buscando motiva-los a participar dos encontros. Nesse momento, também foram realizadas combinações quanto as datas, local e horário que seriam realizadas as sessões de grupos focais. Todos esses acordos foram entregues para as voluntárias em forma de lembretes, após cada encontro, conforme imagem:

**Figura 5 – Lembretes entregues para cada participante após os encontros**



Fonte: Dados da pesquisa, Silva SC, Porto Alegre, 2018.

No dia anterior aos encontros, era feito contato pelo Whatsapp® para lembrar os profissionais do local e do horário.

Os contatos com os profissionais foram motivadores e esclarecedores, de modo que, ao aderirem ao trabalho, estavam sensibilizados tanto para o processo como para o tema geral a ser tratado <sup>(93)</sup>. Para isso, foi imprescindível muita calma para adentrar nos espaços e uma série de investimentos e recursos diferenciados, cartazes espalhados nas unidades, convites individuais por e-mail, visitas às unidades nas trocas de plantões e a utilização de novas ferramentas de comunicação como o aplicativo Whatsapp ®. Além de muita explicação sobre o que se tratava a pesquisa, ressaltando que não seriam mensurados os conhecimentos, tampouco seria realizado juízo de valor moral.

### 3.5 Coleta de dados

Utilizou-se como técnica de coleta de dados o grupo focal, o qual valoriza a comunicação entre os participantes, a fim de gerar dados e auxiliar os pesquisadores a perceber as formas diferentes de comunicação que as pessoas usam na interação. Também ressalta os valores culturais e as normas do grupo. O pesquisador pode identificar o conhecimento compartilhado pelo grupo, o que faz com que seja uma boa técnica para coleta de dados culturais, particularmente, de temas delicados como é o caso da Segurança do Paciente. Nesse sentido, o grupo focal revela dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas <sup>(95)</sup>.

A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre o mesmo tema, ainda permite:

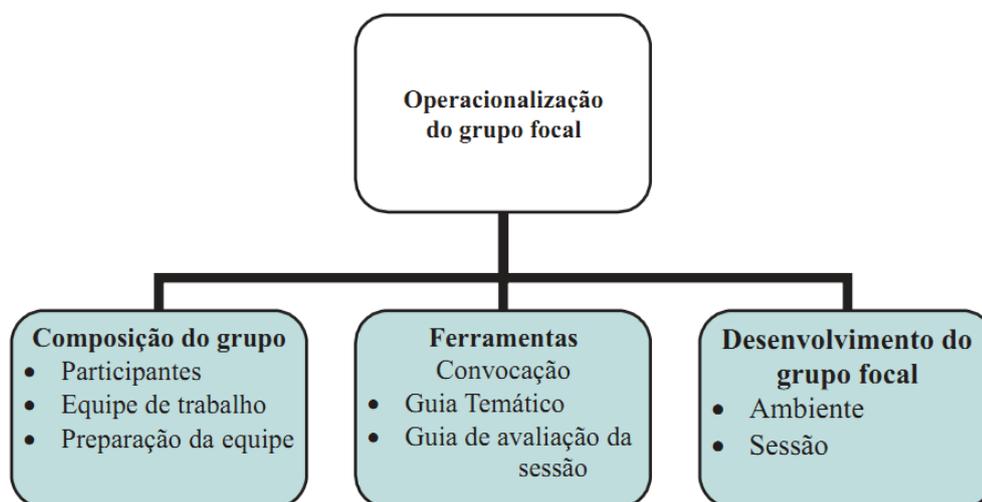
“Compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum” <sup>(69)</sup>.

Dessa maneira entende-se que o grupo focal permite maior aproximação do pesquisador com as vivências e entendimentos dos pesquisados, para poder interpretá-los e compreendê-los. Estudiosos <sup>(96)</sup> afirmam ainda que nas oficinas de grupos focais busca-se que ocorram debates e que o conhecimento seja construído de maneira compartilhada e participativa, além de discussões sobre crenças, atitudes e ideias apresentadas pelo grupo acerca do tema.

Em sua essência essa técnica tem caráter interpretativo e visa à interação entre os participantes e o pesquisador, a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos <sup>(90)</sup>.

A coleta de dados, ou seja, os encontros de grupo focal, foram realizados no mês de novembro de 2016, porém com o período de planejamento: ambientação, convites e preparo da equipe para a participação, o tempo total foi de quatro meses. Assim, para organização desta pesquisa, o planejamento dos grupos focais, foi operacionalizado a partir dos seguintes meios: composição do grupo; ferramentas e desenvolvimento do grupo focal <sup>(90)</sup>. A Figura 6, apresenta o esquema do planejamento do uso da técnica de grupo focal neste estudo.

**Figura 3- Operacionalização do Grupo Focal**



Fonte: <sup>(90)</sup>

A operacionalização do grupo focal requer algumas condições, como por exemplo: o número de participantes, já definido anteriormente; o objetivo de cada encontro; e o tempo de duração dos encontros, que variaram, entre a apresentação e finalização, de uma hora a uma hora e trinta minutos, para evitar prejuízo, em função do cansaço e desgaste mental. Esse tempo possibilita a discussão das ideias sem levar à exaustão <sup>(90)</sup>.

Na composição do grupo focal, as participantes da pesquisa foram definidas previamente. Ressalta-se que elas tinham vivências com o tema que foi discutido, de tal modo que as participações trouxeram elementos ancorados em suas experiências cotidianas <sup>(91)</sup>. No caso, entende-se que a Segurança do Paciente é vivenciada, mesmo que de forma velada no cotidiano da assistência de todos os profissionais da saúde.

Buscou-se a homogeneidade das participantes dos grupos, seguindo orientações da técnica de coleta, segundo uma ou mais características comuns as participantes, mas com suficiente variação entre elas para que expresassem opiniões diferentes ou divergentes. Estas características podem ser quanto ao sexo, à idade, entre outros <sup>(92)</sup>.

Nesse estudo, a homogeneidade caracterizou-se por serem profissionais da saúde, atuantes na mesma linha de cuidado, materno-infantil, da mesma instituição e na UCO e UIO. Tendo como pontos distintos serem profissionais da saúde de categorias distintas, o que se justificava devido ao foco da pesquisa, que era justamente obter insights de como na sua rotina “real”, a equipe multiprofissional interage e toma decisões coletivas.

Assim, os grupos foram compostos, no turno da manhã, por cinco profissionais da saúde (duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e duas médicas) e no turno da tarde por sete profissionais (três técnicas de enfermagem, duas enfermeiras e duas médicas).

A preparação da equipe de trabalho é essencial para a qualidade da técnica de grupo focal <sup>(90)</sup>. A equipe desta pesquisa constou de duas pessoas, uma observadora (auxiliar de pesquisa) e uma moderadora (a pesquisadora) <sup>(97)</sup>. O papel do moderador é significativo e relevante para o funcionamento dos grupos e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo <sup>(97)</sup>. A moderadora participou como uma facilitadora do debate, assim, foi importante a aquisição de conhecimento sobre o tema, além de ter sempre clareza dos objetivos de cada encontro, visando prestar muita atenção às narrativas de cada colaborador, para melhor conduzir as discussões <sup>(98)</sup>.

A observadora era uma profissional da saúde, do programa de pós-graduação da UFRGS, com experiência na temática do estudo. Ela auxiliou os encontros, na organização e condução, controlando o tempo e monitorando os equipamentos. Analisou os encontros e fez a síntese, registrando tudo o que acontecia no grupo (em diário de campo). A observadora entrevistou em alguns momentos em que achou necessário; e, ao final da sessão, contribuiu com o seu parecer, além de ajudar a responder o guia de avaliação da sessão.

No que se refere às ferramentas, a convocação do grupo focal, ou seja, o convite para integrar o grupo, foi elemento fundamental à participação. “O sucesso para garantir a presença

dos participantes no grupo focal está diretamente relacionado aos recursos de convocação”<sup>(90)</sup>.

O primeiro contato desse processo ocorreu conforme já citado no recrutamento das participantes. Segundo orientações<sup>(99)</sup>:

“O primeiro contato com o grupo é fundamental para estabelecer um clima de confiabilidade e desejo em participar do estudo. Devendo, assim, a apresentação do pesquisador ao grupo de colaboradores ser feita por alguém conhecido e de confiança deste, bem como deve ser usada uma linguagem clara e honesta criando um clima de segurança e interesse, os quais serão fatores essenciais para o aceite de cada participante à pesquisa”.

Sendo assim, para realizar a apresentação da pesquisadora ao grupo buscou apoio da chefia de enfermagem e médica do setor, principalmente daqueles que tinham grande envolvimento com a equipe atuante.

Outro elemento essencial foi à preparação do guia de temas (APÊNDICE A), que é um instrumento que serve para nortear a discussão, sistematizando as questões e o objetivo de cada grupo focal em coerência com o objetivo geral proposto para a pesquisa<sup>(99)</sup>.

Foi utilizado um guia de temas semiestruturado, para o desenvolvimento das sessões grupais, de acordo com o propósito da pesquisa. É interessante que, ao seguir o guia de tema semiestruturado, isso implicou que a moderadora tenha atentado ao conteúdo previsto, porém, também se teve cuidado com a flexibilidade para um diálogo diferenciado, construído no grupo, possibilitando ajustes no decorrer do trabalho<sup>(93)</sup>.

Além desses elementos, há que se considerar o guia de avaliação da sessão (APÊNDICE B), que foi usado pelos pesquisadores ao final de cada encontro para auxiliar na identificação das dificuldades e, assim, reorganizar o trabalho para os encontros seguintes<sup>(90)</sup>. Um exemplo disso foi a mudança de local, após o primeiro encontro e avaliação junto a observadora.

No desenvolvimento do grupo focal, em relação à organização do ambiente, os cuidados que permearam todas as sessões se referiram à iluminação, ventilação, cadeiras confortáveis, espaço neutro e adequado para a realização das técnicas e sem interferências externas. Para especialistas, “Os momentos de preparação dos encontros visam não só a organização destes, mas também criar um clima de aconchego, conforto, descontração, serenidade e segurança para todas as participantes”<sup>(99)</sup>. Nesse sentido, também houve a preocupação de após as sessões sempre realizar um momento de confraternização, conforme demonstrado nas imagens a seguir:

**Figura 7 – Organização do ambiente para os encontros**

Fonte: Dados da pesquisa, Silva SC, Porto Alegre, 2018.

Considerou-se também o melhor horário de realização dos encontros, para que todas as profissionais pudessem participar. Inicialmente, se pensou em realizar três encontros em um só turno. Entretanto, para ampliar a possibilidade de acesso e participação se replicou o número de grupos no turno inverso, ou seja, era realizado o mesmo encontro (mesma temática) no turno da manhã e da tarde. Assim, todas as profissionais interessadas tiveram a possibilidade de participar no turno oposto ao horário de trabalho.

Por fim, desenvolveram-se três encontros por turno, seis sessões no total, com duração média de 1 hora e 30 minutos cada, nas quais se alcançou a saturação dos dados, o que se deu em um processo contínuo de análise dos dados, que iniciou desde o primeiro encontro de

grupo focal, no começo da coleta <sup>(100)</sup>. Isso, corrobora com orientações que o número de sessões realizadas depende da natureza do problema discutido, do estilo de funcionamento que o grupo adotará e da avaliação do pesquisador sobre a suficiência da discussão em relação aos seus objetivos <sup>(93)</sup>.

Os dados coletados foram gravados, utilizou-se para isso dois celulares em pontos diferentes da sala. Após, as gravações foram transcritas, organizadas e analisadas pela própria pesquisadora. Essas etapas são muito importantes em pesquisas com grupos focais e devem ser bem planejadas no cronograma, pois, como se tem dados oriundos de discussões e troca de experiências entre várias pessoas, muitas vezes, no momento da degrevação é difícil o entendimento, o tempo se torna prolongado e exaustivo para o pesquisador. Nessa investigação, em média, para cada cinco minutos de gravação levou-se em torno de 40 minutos para realizar a transcrição.

A moderadora e a observadora fizeram uso de diários de campo. Neles anotaram tudo o que ocorria nos grupos, as impressões pessoais, resultados de conversas informais, o início das falas e manifestações dos interlocutores, suas reflexões e os principais pontos abordados nas discussões.

A participação da observadora e a utilização dos diários de campo foram de extrema importância, pois ao registrar a identificação dos participantes e o início de cada fala, auxiliou muito no momento da transcrição. Outro ponto relevante foi a transcrição ser realizada pela própria pesquisadora e logo após aos encontros, para que todas as impressões e memórias não se perdessem.

### **3.6 Análise e interpretação dos dados**

A análise dos dados fundamentou-se na Análise de Conteúdo<sup>(88)</sup>, a qual foi objetiva e sistemática, ao relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, e ao articular com os fatores que determinam suas características. Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo. Neste estudo utilizou-se a Análise Temática, considerando que é a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde <sup>(88)</sup>.

A análise temática é definida como a descoberta dos *núcleos de sentido*, que constituem uma comunicação em que a frequência ou a presença de palavras, frases ou expressões possuem algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para uma

análise de significados, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso <sup>(88)</sup>.

Operacionalmente, essa análise segue três etapas<sup>(88)</sup>: Pré-análise; Exploração do Material; e o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Na pré-análise foi realizada, a ordenação dos dados (organização do material), contemplando a transcrição das gravações de cada encontro, leitura das anotações e observações dos diários de campo da moderadora e da observadora. Nesta fase, foi elaborado indicadores para orientar a compreensão do material, realizando a leitura flutuante do conjunto das comunicações, retomando os objetivos da pesquisa e de cada sessão com o grupo. Realizou-se, cuidadosamente, a leitura de cada um dos seis encontros e, posteriormente, os relatos oriundos dos debates, observando as falas de cada um dos participantes do grupo. Com isso buscou-se validar o material, com exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, confirmando assim a revisão dos objetivos do estudo.

A segunda etapa, ou seja, a exploração do material é uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto, ou núcleos de sentidos (unidades de significação) e as categorias iniciais (categorias temáticas), as quais foram tratadas e devidamente agrupadas por semelhanças originando os temas principais da pesquisa.

Para isso, a pesquisadora buscou categorizar, reduzindo o texto a expressões ou palavras significativas. Assim, utilizou-se uma classificação por cores de acordo com a temática referida nos debates, sendo possível identificar as ideias centrais, aspectos relevantes e classificá-los formulando as categorias temáticas.

Destaca-se que para a construção das categorias temáticas embasou-se no referencial teórico de Segurança do Paciente. Foi realizada uma leitura dos debates identificando a priori as questões associadas às dimensões de Cultura de Segurança. Desvelando-se dados relativos à nove dentre as 12 dimensões que fazem parte da Cultura da Segurança <sup>(47, 49, 102)</sup>. As temáticas que envolviam as especificidades da área obstétrica foram agrupadas a partir das Metas Internacionais de Segurança <sup>(11)</sup>. Essas categorias temáticas deram origem aos três temas principais dessa análise, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1- Construção dos temas**

| UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO  | CATEGORIAS TEMÁTICAS   | TEMAS   |
|---|--|---|
|   | <i>Dimensões da Cultura da Segurança</i>                     |   |
| Profissionais como barreiras, pacientes e familiares como barreiras, cultura, cuidados nas pequenas ações, manter o conforto, o toque, maturidade profissional.                               | <b>Percepção geral da segurança do paciente</b>              | <b>A Cultura de Segurança do Paciente no processo de Parto e Nascimento</b> |
| Empatia entre os profissionais, confiança nas relações, autonomia da enfermagem, características individuais “bom senso”, empoderamento da equipe.  | <b>Trabalho em equipe na unidade</b>                         |   |
| Déficit de funcionários, trabalho sob estresse, sobrecarga de trabalho.   | <b>Quadro de funcionários</b>                                |   |
| Erros, responsabilidade/cobrança, notificações, cultura punitiva, avaliação dos profissionais punitiva e pouco formal, profissional como 2º vítima.   | <b>Respostas não punitiva aos erros</b>                      |   |
| Formação restrita à medicação, aprendendo na prática, educação permanente/ capacitações, hospital escola.   | <b>Aprendizado organizacional-melhoria continua</b>          |   |
| Proteção física, portas trancas, grades nas janelas, um segurança na portaria, melhorias, adequação na estrutura física no pré parto e pós-parto, construção coletiva, comissão de segurança. | <b>Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente</b> |   |
| Comunicação hierarquizada.  | <b>Abertura para comunicação</b>                             |   |
| Proximidade entre as equipes, rede de atenção básica, falhas no pré-natal, transporte dos pacientes.  | <b>Trabalho em equipe entre unidades</b>                     |   |
| Falhas na continuidade do cuidado, passagens de plantões.   | <b>Transferências internas e passagem de plantão</b>         |   |
| Identificação/pulseirinha, normas e pacientes com o mesmo nome.   | <i>Metas Internacionais para Segurança do Paciente</i>       |   |
|   | <b>Identificação correta do paciente</b>                     |   |
| Medicações, cobranças, tecnologias de apoio, falhas relacionadas a atenção.   | <b>Segurança nas medicações</b>                              |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | <b>Promoção da Segurança do Paciente em obstetria: das Metas Internacionais as fragilidades no cuidado</b> |
| Higienização das mãos, uso de adornos.  | <b>Redução dos riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde</b>                  |  |
| Falhas na comunicação, pouca valorização, troca de exames.  | <b>Comunicação efetiva</b>   |  |
| Falta de circulante, falta de instrumentador, má distribuição das salas de recuperação, contagem de compressas, uso de protocolos, importância dos protocolos, violação de protocolos, construção diária.   | <b>Cirurgias seguras</b>   |  |
| Risco de quedas, acompanhante, uso de tecnologias, orientações, hemorragia puerperal.   | <b>Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas e lesões por pressão</b> |  |
| Processo de trabalho inseguro, altas expectativas na obstetria – tudo tem que dar certo, risco associado a patologia, boas práticas, falhas nas orientações, olhar de fora, dupla checagem, confiança no outro, pressão dos pacientes e familiares, papel do acompanhante, violação dos protocolos, dificuldades utilizar sistemas informação em saúde, profissionais de qualidade.   | <b>O Processo de trabalho e a (in)segurança na área obstétrica</b>                       |  |
| Educação permanente/ simulação, capacitações, acreditação pela JCI, fácil acesso aos protocolos, protocolos bem definidos, grupos de trabalho, discutir antes que as coisas aconteçam, equipe multiprofissional, mostrar os resultados, ter amor pelo trabalho, classificações de riscos, apoio da psicologia, vídeo motivacional, grupos de discussão, revisão dos processos de trabalho: quando orientar; uso da pulseirinha, comunicação entre a equipe, falta de pessoal, transporte dos pacientes, priorizar atividades. | <b>Estratégias apontadas para a prática da segurança e da cultura de segurança</b>       | <b>Fortalecimento da Cultura de Segurança na área obstétrica</b>   |

Fonte: Dados da pesquisa, Silva SC, Porto Alegre, 2018.

A terceira etapa constitui-se do tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Nesse momento, procedeu-se a releitura do material já organizado e categorizado e à reflexão crítica dos resultados obtidos. A pesquisadora propôs inferências e interpretações, correlacionando-as com outros achados da literatura, permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir da leitura do material coletado.

### 3.7 Aspectos éticos

Foi fundamental, para o andamento da pesquisa, respeitar a condução ética durante todo o processo. Para tanto, o estudo seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde - que rege pesquisas envolvendo Seres Humanos, e teve início somente após o projeto ser registrado e apreciado pela Comissão de Pesquisa da Enfermagem (COMPESQ/ENF/UFRGS) (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP/HCPA) (ANEXO B), sob o número do Parecer: 1.646.709 e CAAE: 57781016.1.0000.5327.

As profissionais foram esclarecidas do que se tratava a pesquisa, sobre os objetivos e as implicações para elas, sendo providenciada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), em duas vias, sendo que uma delas ficou de responsabilidade da participante e, a outra, em posse da pesquisadora. O TCLE foi entregue no primeiro encontro, quando foi disponibilizado um tempo para a leitura e assinatura do mesmo. As participantes foram informadas individual e coletivamente acerca dos objetivos da pesquisa, do processo de coleta de dados, dos riscos e benefícios e da não obrigatoriedade de participação. Foram informadas, também, de que em qualquer momento da pesquisa poderiam solicitar a sua exclusão sem que houvesse prejuízo nas suas atividades. Após a coleta de dados buscou-se sanar as dúvidas que surgiram durante os grupos focais.

Destacou-se a cada participante o direito de sua privacidade, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações, e que sua identidade seria mantida de forma anônima, sendo que a apresentação dos dados à comunidade científica será por meio da utilização de códigos constituídos por letras e números sequenciais (PT1, PE1, PM1...). A letra “P” é referente a participante; a letra “T” a técnica de enfermagem; a letra “E” a Enfermeira e a letra “M” a médica. Igualmente, a pesquisadora e sua orientadora assinaram o Termo de Confidencialidade em duas vias, sendo que uma delas ficou também de responsabilidade do participante.

As informações do estudo (diário de campo, gravações e transcrições dos encontros) terão uso exclusivamente científico e os arquivos serão mantidos por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, sendo, após este período, eliminados.

Considera-se que os benefícios diretos para os profissionais envolvidos ocorreram já durante as discussões sobre a temática, pois estas suscitaram reflexões acerca das suas vivências e as associações com as normas, os protocolos e as tecnologias já instituídas no local do estudo.

A produção de conhecimento acerca da temática, acredita-se ter sido outro benefício que contribuirá para qualificar a assistência pelo desenvolvimento de estratégias de atuação na área da saúde junto às mulheres e recém-nascidos assistidos nesse serviço.

Considera-se esse estudo de risco mínimo, ou seja, aquele referente a desconforto ou mal-estar decorrente de alguma lembrança de suas vivências.

A divulgação dos resultados ocorrerá por meio de publicação em periódicos e eventos na área da saúde. Após a aprovação do relatório da pesquisa, será enviada uma cópia do mesmo para a instituição. O compromisso ético da pesquisadora implica em retornar os resultados aos participantes envolvidos no processo, assim como as equipes que atuam na UCO e UIO.

Além disso, permeou em todos os momentos desta investigação, o respeito à individualidade, aos valores e à cultura de cada participante do estudo e da cultura de segurança da instituição.

## 4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos no material empírico produzido a partir dos debates nos grupos focais, seguidos das discussões, as quais foram pautadas em produções nacionais e internacionais que utilizaram a perspectiva de Segurança do Paciente.

Os resultados e as discussões foram organizados e agrupados em três temas originados, a partir da análise temática de conteúdo, a saber: 1º A Cultura de Segurança do Paciente no processo de Parto e Nascimento; 2º Promoção da Segurança do Paciente em obstetrícia: das Metas Internacionais as fragilidades no cuidado; e 3º Fortalecimento da Cultura de Segurança na área obstétrica.

### 4.1 A Cultura de Segurança do Paciente no processo de Parto e Nascimento

Neste tema, apresenta-se a análise a partir da perspectiva das participantes em relação aos conceitos de cultura de segurança e segurança do paciente. Destaca-se que as categorias temáticas foram elencadas e nominadas utilizando os conceitos que embasam as múltiplas dimensões da cultura de segurança sugeridas por experts da área <sup>(47, 49, 102)</sup>. Os dados foram analisados em profundidade por meio da abordagem qualitativa, focada nos significados, valores e nas percepções das participantes sobre a cultura de segurança da instituição.

Compreende a categoria temática/dimensão Percepção geral da segurança do paciente, a existência de planejamento e procedimentos na organização de saúde para evitar a ocorrência de falhas, erros e problemas de segurança do paciente <sup>(47, 49, 102)</sup>. Ampliou-se o entendimento dessa dimensão para atender a visão das participantes, ao que elas relacionavam com cultura de segurança e segurança do paciente em um contexto geral.

Os dados a seguir foram oriundos do primeiro encontro de grupo focal, no qual, como forma de estimular o debate, foi realizada uma atividade lúdica. As participantes, construíram livremente uma imagem, frase, desenho, algo que representasse para elas o significado de segurança do paciente. Verificou-se que as profissionais se sentem responsáveis pela segurança dos seus pacientes, identificando o seu papel de “barreira” entre o paciente e a possível falha, como é ilustrado a partir dos debates dos grupos focais:

-Nós [profissionais da saúde] estamos ali, em frente ao paciente. Nós não podemos deixar a bola passar. Precisamos defender o paciente de qualquer jeito, a qualquer custo, para que haja segurança mesmo. E depende, primeiramente, do nosso esforço. (PT1)

-Não podemos deixar nada passar, porque se passa alguma coisa aí tem uma falha. (PM3)

-Nós somos uma barreira. (PE2)

- Então depende muito de nós. Nós temos que proteger o paciente. (PT1)

- Cada um na sua área [de atuação] se colocando nesse papel de ser uma barreira efetiva. (PM5)

O sentimento de reponsabilidade e de perceberem-se como “barreiras de proteção” aos pacientes pode ser explicado pela analogia ao Modelo do Queijo Suíço de acidentes organizacionais, o qual refere que barreiras são necessárias em todo o processo para minimizar que uma possível falha atinja o paciente<sup>(103)</sup>. Esse modelo diferencia e relaciona os erros ativos (que atingem o paciente), dos erros latentes (do processo), sendo os primeiros resultados de uma sequência alinhada dos segundos. Os erros ativos, são aqueles que ocorrem no nível do cuidado direto, realizados pelos profissionais e sentidos diretamente na assistência<sup>(103; 104)</sup>, o que pode justificar o sentimento das participantes dessa pesquisa.

Nessa esfera, percebe-se a necessidade de investimento na barreira profissional, por meio da qualificação, propondo maior subsídio para que as falhas latentes não sobrecarreguem a assistência. Assim, conforme orientações<sup>(105)</sup>, é imprescindível que se trabalhe as barreiras sistêmicas (latentes) para que independente do profissional (quando de uma mesma categoria profissional), se possa obter processos de trabalho seguros. A criação de um sistema seguro implica na sistematização das atividades dos profissionais, de maneira que a qualidade do cuidado não sofra variações inapropriadas<sup>(105)</sup>.

Com relação a atuação específica de cuidado dos profissionais da saúde, estudos indicam um alto envolvimento da equipe de enfermagem nas falhas que ocorrem na assistência, o que pode estar associado ao seu papel central nos serviços de saúde.<sup>(106,107)</sup>. Frente a isso, os sentimentos relatados pelas participantes, corroboram com algumas publicações do Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP), que afirmam que os profissionais da enfermagem se sentem como última barreira de segurança na prevenção de incidentes. Além disso, percebem-se como as principais barreiras para evitar erros relacionados às medicações por exemplo<sup>(108,109)</sup>.

As participantes demonstraram compreender que as pacientes (quando em condições de saúde estáveis) e os familiares, se configuram como importantes aliados na promoção da segurança (da parturiente e do recém-nascido), destacando situações como a identificação correta no dispositivo da pulseira e o risco de sangramento no puerpério imediato, como percebido a partir dos debates no grupo focal:

- Se elas estão bem, elas percebem que a pulseirinha não tem o nome delas... (PT4)
- Os familiares e as pacientes, a maioria já sabe da importância, eles mesmos cuidam das pulseiras. Quando caem, eles ficam sinalizando que tem que trocar. E a importância para o bebê também! Tanto que eles ficam até a hora de ir embora, esperam chegar lá embaixo para tirar as pulseirinhas. (PT6)
- Às vezes o fato do familiar estar ali do teu lado é uma coisa que pode ajudar na hora de ver o sangramento. O familiar pode sinalizar pra ti. (PT1)
- Sim, porque às vezes ela [puérpera] não fala, mas o familiar fala... (PT4)
- O familiar que auxilia nos cuidados. (PE11)
- O familiar ajuda, (...). Quando estudamos segurança do paciente, vimos que, principalmente em lugares que tem menos recursos o familiar é um apoio. Por exemplo a paciente está no andar, quem acaba diagnosticando a hemorragia puerperal é o familiar que está ali ajudando a paciente a sair do leito, na hora de trocar o forro. (PM3)

A OMS e a PNSP indicam como um dos principais eixos de Segurança do Paciente, o envolvimento do Cidadão na sua Segurança, considerando os pacientes e familiares/acompanhantes como parceiros dos serviços para a prevenção de falhas e danos à saúde. Além dessas organizações, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente <sup>(110)</sup> e a Anvisa <sup>(111)</sup>, reforçam, por meio de manuais e guias, a importância dos profissionais da saúde e gestores incluírem e orientarem os pacientes, familiares e acompanhante para uma mudança na cultura dos serviços de saúde, no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial. Devem participar de sua assistência, estando cientes de seus direitos e deveres como usuários dos serviços de saúde, compreendendo os riscos que envolvem a assistência <sup>(110,111)</sup>.

Compete aos profissionais da saúde estimular, apoiar e incentivar o envolvimento mais ativo dos familiares nos cuidados, considerando-os parceiros e corresponsáveis por sua saúde. Estudo recente, que abordou a participação da família na segurança do paciente, identificou que a equipe se demonstrava despreparada e com pouca compreensão para lidar com esse familiar no cotidiano de trabalho. Contudo, o mesmo trabalho sugere como estratégia promissora para a promoção da segurança do paciente a inserção os familiares como parceiros críticos e ativos as práticas dos profissionais de saúde <sup>(112,113)</sup>.

Na área obstétrica brasileira, desde 2005, reflete-se sobre a importância do acompanhante, como parceiro para a qualificação dos cuidados. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto nos serviços públicos quanto privados é direito de todas as parturientes de acordo com a Lei n° 11.108 de 2005.

Ao analisar-se a contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento, revela-se que promove maior segurança no momento do parto, além de ser fonte de apoio emocional, capaz de amenizar a dor e gerar bem-estar físico e psicológico <sup>(112,114)</sup>. Apesar da presença do acompanhante no processo de parto e puerpério ser um direito e um desejo de muitas mulheres que apresenta benefícios comprovados, na prática ainda existem empecilhos para a sua efetivação, tais como: restrição de acesso na consulta inicial no CO, condições estruturais desfavoráveis, falta de orientações e despreparado dos profissionais <sup>(113, 115)</sup>.

Ainda quanto às percepções gerais da segurança do paciente, evidenciou-se que a concepção de cultura de segurança, é relacionada a uma construção conjunta, ou seja, pode se dar a partir de ações específicas de alguns profissionais ou setores do hospital, mas para ser efetiva, precisa ser sistematizada e introjetada pela instituição como um todo.

Na visão das participantes, a cultura tem como finalidade a segurança do paciente. Percebem que foi nos últimos anos que se começou a falar e construir essa cultura, com a formação de mais barreiras para proteger o paciente, sendo isso exposto nos debates:

- A cultura de segurança, é uma coisa que a gente batalha muito para conseguir, porque se a gente tiver pequenos pontos de segurança, poucas pessoas fazendo grandes batalhas a gente ainda assim não consegue, a gente precisa equalizar numa instituição, todo mundo ter uma cultura de ter mais cuidado com isso. (PM5)

- O importante de se ter uma cultura de segurança é justamente para a segurança do paciente mesmo, assim acho que essa é a finalidade de se ter uma cultura de segurança. (PT4)

- Eu não tenho dúvida que existe uma cultura de segurança muito maior nos últimos três, quatro anos para cá (...). Aqui [neste hospital] eu vejo as pessoas tendo muito mais cultura (...). Hoje em dia eu vejo muito mais de segurança nesses anos que estou aqui, muito mais barreiras se criaram. (PM5)

- A cultura não é simétrica. Tu não tem o mesmo olhar da importância da avaliação do risco dentro de todo hospital da mesma forma. (PE11)

A Cultura de Segurança do Paciente é entendida como um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, as quais determinam o compromisso, o estilo e comprometimento da gestão e de cada profissional para uma organização saudável e segura<sup>(10,13)</sup>. Por ser esse um conceito amplo, identificou-se que a percepção das participantes sobre a cultura de segurança ainda é incipiente, no entanto, observa-se que há uma evolução condizente com o que se espera do processo de construção e consolidação de uma cultura de segurança do paciente institucional, apresentando-se como um desafio para a implementação na prática clínica, em como instigar os profissionais a desenvolverem em suas práxis (ação-reflexão-ação), os conceitos teóricos de cultura.

Uma das finalidades da cultura de segurança é a segurança do paciente, conforme entendido pelas participantes. Contudo, vai além, pois os profissionais precisam compreender que uma cultura de segurança do paciente é aquela que prioriza a qualidade dos serviços, em que os trabalhadores têm responsabilidade ética e política pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, e também dos familiares <sup>(15)</sup>. A PNSP é recente em nosso país, sendo natural que a construção da cultura de segurança nas instituições seja percebida pelos profissionais, uma vez que dá subsídios para propostas de melhorias da qualidade, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde <sup>(50)</sup>.

Ademais, para a sua efetivação de maneira positiva acredita-se ser necessário o engajamento de toda a comunidade que compõe a instituição hospitalar, conforme relatado, sendo enraizada e sistêmica <sup>(116)</sup> a nível político, estratégico e operacional, tanto pela gestão, quanto pelos demais trabalhadores. Compreende-se, no entanto, que essa incorporação se dará de forma gradual, de acordo com as especificidades de cada serviço podendo as dimensões e o grau de cultura de segurança se apresentarem de forma distinta de acordo com cada unidade de uma mesma instituição <sup>(50)</sup>.

Outro olhar significativo sobre os aspectos gerais da segurança do paciente foi considerá-la como uma ação de cuidado, desenvolvido em cuidados pontuais que fortalecem a segurança, conforme a discussão a seguir:

A segurança é um cuidado. Desenhei esse olho [imagem ilustrativa], porque acho que é um cuidado nas pequenas ações que a gente faz, assim, quando eu vou vigiar a pulseirinha, eu vou lavar a minha mão, eu não vou usar anel, eu vou conferir esse nome duas vezes, eu vou me apresentar para a mãe, vou explicar o que eu estou fazendo, vou conferir se ela é ela mesma, se a cirurgia é esta, então, são as coisas pequenas, são coisas muito pequenas mesmo que podem mudar a história de uma vida de uma pessoa (PM5).

- Eu digo para as mulheres: estou conferindo a tua pulseira as outras colegas também farão isso (...) é uma rotina nossa, para realmente ter segurança com vocês. (PE2)

- A segurança passa não só pela questão da segurança patrimonial, pela segurança física, mas passa pela segurança no atendimento ao paciente, na prescrição (...) é muito amplo. (PM9)

O cuidado como ação, se produz no encontro entre os universos de quem cuida e de quem é cuidado, entre universos singulares e com representações diferentes deste momento <sup>(117)</sup>. Compreender e priorizar esse momento de cuidado em que trocas acontecem, auxilia o cuidador a definir suas ações, o que é de extrema importância para os profissionais da saúde, uma vez que, conforme referido pelas participantes e ao encontro da literatura, a segurança do paciente começa no local de cuidado mais próximo do paciente <sup>(118)</sup>.

Vale destacar que o cuidado em saúde traz diferentes riscos que são inerentes à assistência. Assim, ter esse olhar da segurança como um cuidado, seja nas rotinas, na qualidade dos atendimentos e das ações diárias em saúde, auxilia o profissional a contribuir para um cuidado mais seguro.

Entende-se por cuidado seguro aquele de alta qualidade, em que os profissionais realizam a interação entre comportamento disciplinado e regulamentado e as adaptações e a flexibilidade necessárias a cada caso <sup>(119)</sup>.

A preocupação em manter o conforto, amenizar a dor e o medo das parturientes é apontada como uma maneira de garantir a segurança das pacientes utilizando da empatia, escuta atenta, orientação, amparo e toque terapêutico:

-Eu escolhi essa imagem da gestante com as mãos na sobre a barriga porque é comum a gestante estar assim, como se quisesse proteger o bebê, e é um pouco o que nós tentamos realizar no CO. Levar um pouco de conforto com palavras, porque as vezes elas vêm com medo, e quando chegam ali no CO tem mais medo ainda. Então a palavra, o toque, pode proteger elas, tentar começar pela dor delas. Conversar com a paciente ajuda a aliviar as dores delas. Essa posição [de proteção] que elas ficam com o bebê delas, a gente fica com elas. (PT 6)

-As vezes a gente tira elas da cama e elas ficam abraçadas na gente, ficamos ali acompanhando, por mais que tenha acompanhante. (...) ela [uma gestante] ficou de mão comigo e não queria sair. É uma forma de amparar, uma forma de proteger a paciente, também de dar nosso tempo para elas, nosso carinho, apesar de toda a correria que tem as vezes. (PT 7)

Havia a necessidade de ficar ali e conversar com ela. E isso a gente sente bastante, se é um plantão que tu sente que tu consegue dar esse algo a mais, para a paciente elas já começam a ficar mais tranquilas, elas verbalizam isso, que foi bom que foram bem atendidas esse carinho, esse conforto todo, esse a mais que se dá. (PT6)

- Elas querem logo ir embora [do CO], mas chegam a UIO falando “foi bom já conversaram comigo no CO” e a gente [os profissionais] sente isso. (PE 8)

- Tu tira o medo um pouco delas (...) e elas ficam mais tranquilas, ouvem melhor as orientações, tu consegue incentivar a amamentação, porque as vezes estão nervosas chorando e com medo de tudo. (...) elas têm medo da hora do parto, as vezes elas sentem tanto medo que não entendem nada que tu fala e, no momento que tu consegue conversar, no momento que tu consegue falar as orientações. Ela está lá dentro no MAP e tu está lá com ela e isso é segurança do paciente. (PT7)

- Quando tu vai conversando e vai explicando o que está acontecendo, que tudo está adequado, elas vão relaxando e isso a gente vê perfeitamente lá na unidade de internação quando elas já vêm mais tranquilas. (...) elas já vêm sabendo, dá segurança. Isso é super-importante, para elas é uma tranquilidade maior, porque ali elas ficam 48h, basicamente. Então, essa é uma segurança, para elas saberem o que está acontecendo, tanto para a parte física quanto emocional é uma variável muito grande, então é muito melhor. (PE 8)

A importância do vínculo, da proximidade, das explicações oferecidas como despontam nos relatos, são situações ou momentos que dão segurança as mulheres. Essa

preocupação de algumas participantes, quando internalizadas pela equipe de forma sistemática e incluídas nos processos de trabalho vão ao encontro de um cuidado seguro <sup>(119)</sup>.

Na área de atendimento ao parto, tem-se a necessidade de complementariedade entre os três níveis de tecnologias, as leves, as leves-duras e as duras. Na grande maioria das vezes, devido ao modelo obstétrico predominante, tecnocrático (biomédico, intervencionista) as tecnologias duras despontam, como melhores e mais seguras. Todavia, de acordo com as falas das participantes, elas percebem em suas práticas, a importância das tecnologias leves no cuidado às parturientes.

Entende-se por tecnologias leves aquelas que não são impostas, mas que são ofertadas<sup>(120)</sup>, que tranquilizam, esclarecem, dão conforto, podendo ser, até mesmo, o toque terapêutico. São ferramentas que permitem a produção de relações entre o profissional-paciente mediante a escuta, o interesse, orientação dos processos, a construção de vínculos, confiança e estímulo a co-responsabilização e a proatividade, todas utilizadas na busca pela qualidade do cuidado prestado as pacientes <sup>(120)</sup>.

Para as profissionais da saúde, o entendimento e compreensão da segurança é proporcional à maturidade do profissional. Maturidade está descrita como tempo de trabalho na área e experiências acumuladas na prática profissional decorrente de acertos e falhas/erros; as discussões a seguir ilustram o enunciado:

- A segurança do paciente tem diferença para os residentes e os profissionais que são contratados. Eles [residentes] são imaturos, tem menos jeito de tratar, menos vivência e menos maturidade de valorizar o quanto a segurança é importante, a vida ensina (...) e principalmente quando se erra (...) o que de melhor a gente faz com o erro é olhar para ele 20 vezes. Quanto mais tu olhar, mais tu aprende e eles ainda não aprenderam isso. Acho que falta um pouco de maturidade [dos profissionais da saúde] de entender a importância disso... (PM5)

- É meio no “ não vai dar nada! ”, não vai acontecer nada está tudo bem, mas no primeiro susto que os residentes levam eles vão para o trilho, é muito engraçado ver, uma mudança de perfil, o primeiro susto que o residente leva eles passam a lidar diferente com as coisas. (PM3)

- O pessoal vem muito cru mesmo, eles são jovens tem coisas que eles vão aprender mesmo é com a vivência. (PT4)

-Tudo é uma questão de vivência, de tempo... tem pessoas que tu vê que naturalmente são mais preocupados com isso, outras são mais descansados, muitas vezes porque não tem a noção. Tem que aprender na realidade. Mas o mínimo que a gente espera é que a pessoa tenha boa vontade, que queira aprender, isso faz toda a diferença. (PM10)

-Só com maturidade para tu te dar conta que pequenas coisas influenciam no resultado final. (PE8)

Nos estudos relacionados a Segurança do Paciente, quando se refere a maturidade, remete-se a maturidade das instituições <sup>(121)</sup>, indicada pela análise de indicadores e índices

relacionados as metas internacionais ou ainda quanto a maturidade da gestão e do apoio a cultura de segurança, conforme estudo da área, em que os profissionais entendem que a gestão está em uma fase de maturidade, pois desenvolvem ações para que os incidentes não voltem a ocorrer<sup>(50, 122)</sup>.

A maturidade profissional é um construto muito trabalhado na gestão de recursos humanos, e pode-se relaciona-la com a construção de uma cultura de segurança quando compreendida não apenas com o tempo de formação ou de serviço, mas aos significados e aprendizados adquiridos com as experiências vivenciadas, conforme corroboram as participantes.

Em uma pesquisa sobre o clima de segurança pela equipe de enfermagem, foi destacado que os trabalhadores que não atingiram plena maturidade profissional estão mais expostos ao estresse no trabalho, porque se julgam responsáveis por todos os problemas sem diferenciar com clareza as situações que podem ou não ser controladas unicamente por eles próprios<sup>(123)</sup>.

Na categoria temática/dimensão Trabalho em equipe na unidade, procura-se compreender como o trabalho em equipe é percebido pelos seus membros no dia-a-dia do serviço, e são analisadas as relações entre os profissionais, se trabalham juntos para suprir as demandas, se tem respeito uns pelos outros, e se em momentos de sobrecarga de serviço se apoiam conforme sinalizam a literatura<sup>(47, 49, 102)</sup>.

Uma das discussões presentes nessa dimensão foi relacionada ao trabalho multiprofissional, quanto à empatia entre as equipes para compreender o trabalho do outro, além de valorizar o trabalho do colega, como percebido no debate:

-O fato da equipe de trabalho ser multidisciplinar, quando se está dentro da área obstétrica ajuda bastante pelo fato de eu conseguir entender qual é a dificuldade que a enfermagem tem em um determinado momento. Quando a fulana que é chefe do CO, chega para mim e diz eu estou com uma funcionária só para duas salas de recuperação, eu consigo entender mais a dificuldade, assim como ela consegue entender mais a dificuldade médica em determinadas situações, em relação ao atendimento médico... e falar, “eu não tenho mais como manter a segurança desse paciente, se vocês começarem a colocar mais pacientes”. Bom então vamos tentar ver em que momento a gente vai conseguir segurar alguma coisa. (PM9)

-Eles respeitam a classificação de risco realizada pela enfermagem, uma classificação amarela ou vermelha sempre vai ser o contratado que vai vir. (PE2)

-As coisas que as gurias me sinalizam [técnicas de enfermagem e enfermeiras], eu valorizo muito, se as gurias falaram então pode ir atrás. Por elas terem prática. Elas estão toda hora ali em cima, elas auscultam, elas têm um olhar clínico. E procuro dar retorno, porque quando tu dá o retorno elas se sentem valorizadas e a pessoa tem que ter um retorno. (PM10)

- Isso é uma coisa muito importante, (...) e sempre pra mim foi regra, se o técnico ou o enfermeiro me dissesse, que o bebê está diferente, eu levanto e vou ver, porque

o ajuste fino de perceber os detalhes é quem conhece a pessoa. E isso tem que ser valorizado. (PM5)

-O bom do CO é que tem o médico lá (PT7)

-A gente tem uma equipe treinada para situações de urgência, a equipe toda funciona muito bem, então descolamento de placenta, por exemplo, a enfermeira quando vê já está pegando a veia, as gurias [técnicas de enfermagem] já estão lá [na sala de cesariana], já estão abrindo a sala, está tudo pronto, é muito rápido. (PM10)

-Para situações de urgência, a gente funciona muito bem. Pela experiência, pelo suporte, pelo comprometimento. (PE11)

- O objetivo é um só, a equipe se completa, cada uma na sua área. (PT12)

-A nossa equipe, tem o apoio da psicóloga, (...) a equipe de psicologia do hospital é muito boa. Acho que falta buscar mais elas. (PE11)

Neste sentido, percebeu-se uma maior proximidade entre a equipe de enfermagem e certo distanciamento na relação com a equipe médica. Conforme referido:

-Então a gente tem várias conversas lá dentro, quando está mais tranquilo. Sentamos e conversamos sobre certas coisas, algum detalhe que podem ter passado. Então a gente questiona algumas coisas, mais com a enfermeira, as enfermeiras e os técnicos juntos, porque os médicos não vêm, mas conversam conosco quando a gente quer tirar dúvidas. (PT12)

-É que na verdade (risos), a gente conversa entre nós mesmos sabe. Acho que essa conversa não se torna uma queixa, mas uma forma de desabafar entre o grupo, que a gente acaba conversando com a enfermeira. É que aqui na unidade na verdade existe muito diálogo, te dá um apoio diferente. Essa é a nossa realidade, da união. (PT6)

-As enfermeiras remanejaram as folgas, quando aconteceu algum problema e o pessoal também termina se ajudando, se cobrindo, é bem legal. (PT4)

- A gente da enfermagem tem que trabalhar se ajudando. (PT1)

-Qualquer coisa diferente, tu sinaliza para a enfermeira, ela vai no mesmo momento ver (...), a gente trabalha junto. É bem legal, também o aleitamento materno, qualquer dificuldade do neném sugar, com a mãe, a gente está sempre trabalhando junto, vai colocar para mamar, já colocou, depois ela vai lá e só corrige, eu acho bem bom, essa parte a gente não se sente insegurança. (PT12)

-A equipe de amamentação é muito boa. (PM3)

-Só quem não quer amamentar sai sem amamentar, só quem está muito desmotivada. (PE11)

Nas relações interpessoais e do trabalho em equipe identificou-se a valorização do Modelo Tradicional (ter médico, exaltar a assistência de urgência). Do mesmo modo, que apresentam características importantes do Modelo Colaborativo, destacadas pelo respeito e valorização ao trabalho multidisciplinar e a empatia entre os profissionais.

Atualmente, a assistência obstétrica brasileira passa por uma mudança de paradigma, entre esses dois modelos, o Modelo Tradicional (tecnocrático), biológico e culturalmente

imposto, o qual é predominante na maioria dos centros obstétricos e maternidades brasileiras, caracterizado pela centralidade do médico obstetra e na atenção hospitalar, para o Modelo Colaborativo, o qual prima pela atenção centrada no paciente, em suas necessidades e singularidades, sendo essencial a integração e interação entre as diferentes categorias profissionais, para qualificar a assistência <sup>(124, 125)</sup>.

Estudo descritivo realizado em um centro obstétrico de Boston, concluiu que investir em um modelo colaborativo criou uma cultura de segurança e compromisso com os cuidados centrados no paciente, sendo esse um modelo de sucesso para a excelência no atendimento as pacientes e para a educação interdisciplinar <sup>(126)</sup>.

Segundo as participantes, para garantir a segurança do paciente é primordial os profissionais terem clareza das suas atribuições e de conhecerem os protocolos que orientam a assistência, contudo, salientam que desenvolvê-los plena e satisfatoriamente é algo que perpassa pelas características individuais de cada profissional, do seu comprometimento, conforme os discursos a seguir:

- Eu vejo as coisas diferentes, ela [profissional] é obrigada a fazer as coisas em prol do paciente e da segurança do paciente, agora se ela não faz daí depende de cada um, do profissional né... (PT4)

- Nós temos os protocolos [pensou se falava ou não] já temos vários, mas não é só ter protocolos. Eu acho que nós temos que ter mais comprometimento (...). As pessoas têm que trabalhar da mesma maneira e seguir aquelas rotinas. Falta seguir as rotinas. (PT12)

- Falta comprometimento, acho que isso, não adianta ter protocolos e rotinas e não seguirem. Se o cara não tem bom senso é característica individual. (PE2)

- Nós temos os protocolos, temos as rotinas, mas falta ainda comprometimento falta ainda. (PM5)

- Tem que ter comprometimento de todo mundo, uma interação com todo mundo focado para um mesmo denominador. (PE8)

Considera-se, as características individuais dos profissionais da saúde como aspectos que influenciam na cultura de segurança, tais como os valores, as atitudes e competências individuais <sup>(127, 128, 129)</sup>. Além do envolvimento e comprometimento com a instituição trabalhada <sup>(130)</sup>, corroborando com as percepções das participantes. Essas características são essenciais para a construção de uma cultura de segurança e devem ser conhecidas pelos líderes e gestores para assim buscarem motivar e incentivar o comprometimento com a melhora da segurança do paciente <sup>(130)</sup>. Além disso, as características individuais são a principal fonte de conflitos entre as equipes <sup>(106)</sup> quando não avaliadas para identificar possíveis melhorias.

Parte-se do princípio que em uma cultura de segurança fortalecida e consolidada, todos os membros da equipe são qualificados e seguem as rotinas, como na aviação por exemplo, não se escolhe o voo de acordo com o piloto ou comissário, pois se tem segurança independente do profissional, todos seguem os protocolos e o checklist, o mesmo se espera nas instituições de saúde <sup>(121)</sup>.

Além disso, um estudo que buscou compreender a causa dos danos, na área da saúde, para conhecer o problema que levou a uma falha, indicou que o principal motivo estava no seguimento das rotinas, na tomada de decisão e adesão a protocolos <sup>(106)</sup>.

Outro dado importante diz respeito ao trabalho em equipe, que quando efetivo e articulado é fundamental para a cultura de segurança. A compreensão grupal de um trabalho em equipe adequado e efetivo perpassa pela confiança nas relações de trabalho. As falas ilustram o enunciado:

-A gente está sempre revisando, mas eu tenho plena confiança no que as minhas funcionárias fazem. (PE2)

- Existe essa confiança entre as equipes, qualquer intercorrência a gente chama e eles [equipe médica] veem. (PE8)

- A confiança é muito importante para o trabalho, tu trabalha tranquila se tem confiança na equipe (PT12)

Contudo, a relação de confiança entre a equipe de trabalho por vezes demonstrou ser como uma fragilidade para a segurança do paciente, do ponto de vista que ao confiar no outro profissional, algumas ações de prevenção de incidentes (como dupla checagem) não são executadas como deveriam. Conforme percebido no diálogo:

-Sim, mas assim pra ti ver, ela entregou a medicação pronta para a colega, ela confiou e depois se sentiu muito culpada, porque foi à última, foi ela quem fez. (PT6)

- Mas foi uma sucessão de uma confiando na outra. (PT12)

- Mas comigo também já aconteceu (...) A paciente fez uma hipertensão e o médico pediu para fazer tal medicação, e eu entendi, que o médico tinha dito outra, porque a pressão tava muito alta, e o erro foi de quem? De eu não ter esperado a prescrição do médico. (PE2)

- É verdade, isso é outra coisa que acontece seguido. (PE8)

- (...) e a fulana é uma funcionária que diz assim “eu não faço sem está prescrito” ela é assim. (PT1)

- E eu pensei “um médico de confiança, que eu confio sabe, aí, quando ele prescreveu, ele prescreveu outra. (PE2)

O sentimento de confiança é fundamental para as relações humanas, e demonstra-se importante nas relações de trabalho na área da saúde, fortalecendo a segurança do paciente na

medida que promove tranquilidade e favorece o trabalho em equipe. Criar laços de confiança entre os membros da equipe é uma característica da cultura de segurança <sup>(121)</sup>.

A confiança interpessoal tem objetivo comum de garantir uma assistência segura, inspira cuidados confiáveis. Assim, a equipe assistencial transmite confiança, fornecendo cuidados colaborativos e baseados em evidências <sup>(121)</sup>.

Destaca-se que no cuidado em saúde, em todos os ambientes, a confiança refere-se ao cumprimento de protocolos e checklist como também ao profissional ter autonomia para identificar os procedimentos que devem ser seguidos de forma consistente, ou seja, com a confiança na capacidade de adaptação dos profissionais, tendo em vista os cenários que fogem de regras habituais <sup>(119)</sup>.

Em relação a confiança como atributo para a segurança em saúde vale ponderar que os pacientes entendem a segurança ligada à confiança e às relações pessoais <sup>(131)</sup>, considerando as falhas no tratamento como uma traição à confiança depositada na equipe e na instituição <sup>(132)</sup>.

As participantes evidenciaram a importância da autonomia dos profissionais para a efetivação e qualificação do trabalho em equipe, destacando-se a do enfermeiro como fator de segurança, como visto nas falas:

- Hoje a enfermeira tem mais autonomia, antigamente não era assim, não existia isso. Hoje se tu acha que o RN está grave, leva para NEO. (...) não preciso esperar, [até o pediatra vir avaliar] nem dá, eu pego o neném e vou pra NEO. (PE2)

-Quando a gente avalia puérpera e é muito sangue a gente chama a enfermeira. A enfermeira daí ela avalia também. (...) se acontece de voltar a sangrar, a avaliação lá embaixo (UIO) também é feita pela enfermeira. (PT7)

- Quando teve complicações no trabalho de parto, eu necessito de orientações, eu chamo a enfermeira e ela me diz, faz isso, faz aquilo. (PT6)

- Uma coisa que faz muita diferença é as gurias que estão ao lado do paciente saberem atuar e avalia. A importância de observar, não só de um sangramento, mas dos reflexos no RN... porque se souber o motivo e suspeitar de alguma coisa, vão saber prestar atenção (...) se vomitou, porque está amarelinho e porque é importante a gente saber disso (PM5)

- Tem coisas que a gente não sabe fazer, tem coisas que eu como técnica não tenho competência para fazer, tem que ser a enfermeira para avaliar. (...) E até chegar alguém começa a te dar uma angústia, uma aflição (PT4)

- A enfermeira que fica responsável lá em cima [no centro obstétrico], atende todos os bebês junto com o pediatra, dá alta da sala de recuperação para a maternidade, dá suporte na condução do RN e, de repente, ela não está tão presente, porque tem muitas atividades. Escuta a paciente, sonda quando vai para a cesárea, faz a internação da paciente, faz o checklist. (PE11)

- Cada enfermeira tinha que ser duas (PM5).

- Isso chega a ser um problema, porque se as gurias estão desassistidas, se a enfermeira não está lá, está ocupada com outra coisa e sempre fica preocupada com alguma coisa. (PE11)

- Quando não tem a enfermeira fica só uma técnica na admissão fica só uma técnica, sozinha, daí se chega alguém, e ela não tem condições de ir chamar uma outra enfermeira. (PT6)

- O que eu sinto falta, e até as vezes eu falo para a chefe das enfermeiras, é de ficar mais junto nos cuidados com a gestante, de explicar tudo para a mulher, porque que é importante, e ficar observando e ajudando, isso demanda tempo e gente. (PE8)

As participantes do estudo reforçam nas discussões grupais a necessidade de ampliação do quadro de enfermeiras obstétricas, atuantes na equipe. Identifica-se que o déficit desses profissionais é motivo de angústia e insatisfação para a equipe de enfermagem que se sente desamparada, o que impacta na qualidade da assistência prestada. Ademais, a sobrecarga de atividades administrativas desenvolvidas pelas enfermeiras, acaba afastando-as dos cuidados (diretos) às mulheres, de suas competências como enfermeiras obstétricas e de oferecer um suporte maior à equipe.

Deste modo, a assistência obstétrica no modelo colaborativo, referido anteriormente, sugere a atuação colaborativa da enfermeira obstétrica junto a equipe <sup>(124)</sup>, assumindo os cuidados às mulheres de risco habitual, assegurando a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações<sup>(133)</sup>.

Vale salientar que o MS incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para a redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, que caracterizam a assistência obstétrica atualmente no País <sup>(121)</sup>.

O equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico da parturição, são um dos benefícios atribuídos à participação contínua da enfermeira obstétrica <sup>(134)</sup>, que atua com enfoque centrando no estímulo ao protagonismo da mulher e ao respeito à fisiologia do parto e a privacidade <sup>(135)</sup>.

Ainda em relação ao impacto positivo da atuação dessas profissionais, evidencia-se a redução de intervenções na assistência e a implementação de diretrizes clínicas baseadas nas boas práticas e em evidências científicas, para melhorar os resultados maternos e neonatais, entre elas o incentivo a posição vertical no parto, da posição lateral e também em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor <sup>(136, 137,138)</sup>.

Assim, a dimensão “Trabalho em equipe nas unidades” apresentou resultados expressivos que instigam a reflexão e destacam o potencial de melhoria, essencial para subsidiar o cuidado seguro e qualificado às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Na categoria temática/dimensão Quadro de funcionários compatível com os cuidados a serem ofertados, observa-se se os profissionais estão trabalhando com uma carga de trabalho adequada, se suas horas de trabalho são condizentes para oferecer o melhor atendimento aos pacientes e se há funcionários em número suficientes em relação ao trabalho, até mesmo em situações extremas <sup>(47, 49, 102)</sup>.

Dentro dessa dimensão, aspecto como o déficit no dimensionamento de pessoal nas áreas assistenciais da obstetrícia, foi abordado como um fator determinante para a qualidade da assistência e que, conseqüentemente, oportuniza a ocorrência de incidentes e eventos adversos:

-Teve um dia que não tinha mais leitos, estavam fazendo o puerpério no corredor, (...) e todo mundo na correria porque tinham nascido 18 crianças. (...) tu não consegue cuidar, sabe, porque daí tu tem que ter mais critério de segurança ainda, tem que ter pessoal para todo mundo. (...) nessa hora é que tu precisa rever o número de funcionários, porque não tem braços para cuidar de todo mundo. (PM5)

Nós estamos com uma sobrecarga de trabalho. A direção do hospital sabe que a gente precisa de mais pessoas para trabalhar, então muitas vezes a gente vai ter erros, que de certa forma, são recorrentes e funcionam mal com um processo que está alterado e que a direção sabe. E que quanto a isso nós não temos o que fazer. É muita coisa, paciente com o mesmo nome, aquelas coisas... (PM10).

Na Sala de pré-parto, fica um funcionário, com todos os pré [10 pacientes], e vai fazer tudo ali, e tem uma enfermeira, no pré-parto e na admissão. O problema é que a gente tem gestantes de baixo e alto risco, e tem muita paciente grave, com intercorrências. Então é difícil. (PT6)

- Não tenho dúvida nenhuma que falta gente, falta muita gente para trabalhar, e a gente vê que as coisas acabam, na parte da segurança (...) tu não consegue se dedicar tem que cuidar de seis ao mesmo tempo, outra coisa é as pacientes mais graves, a gente precisa de mais gente (...) é complicado, a falta de pessoal é uma coisa bem complicada. (PE11)

-No Centro obstétrico, às vezes chega a ter uma técnica pra cuidar de duas salas de recuperação. (PM9)

-E já foi demonstrado essa necessidade em todas as reuniões, todas. E não é privilégio do CO, falta bastante em todos, mas a impressão que me dá é que a gente entra na fila por baixo, não por cima, entendeu? Não é prioridade, é a impressão que dá. (PM5)

O déficit de pessoal, foi discutido em quase todos os encontros, causando reflexo em toda a assistência às mulheres, desde a admissão, o pré-parto, parto e puerpério, com destaque para a unidade de centro obstétrico. Ademais, faz com que a equipe desenvolva uma sensação de impotência, uma vez que o dimensionamento de pessoal é também um compromisso da gestão.

Essa problemática está também associada com o elevado tempo de atendimento, com a sobrecarga de pedidos de exames, gerando estresse e sentimentos negativos em relação ao

trabalho, afetando a qualidade da assistência e o maior risco de erros. Conforme observado no diálogo:

- O elevado tempo de espera para atendimento, eu acho que vai do número de funcionários. Entrou pela emergência (...) tem uns 10 já esperando e aí já causa estresse. Quando esses pacientes passam, o número de médicos não é suficiente, há uma sobrecarga enorme, de exames também (...). E funcionários são poucos, (...) muitos funcionários daqui [emergência obstétrica] são de outro andar, fazem extra exatamente por isso, não suporta, não é o suficiente. (PT6)

- Isso quando tu fala lá da emergência da obstetrícia, mas não é diferente na nossa unidade [unidade de internação]; Mas o que acontece, é aquela pressão de se dar alta porque tem dez pacientes que já estão prontos. (PE2)

- Porque o CO está gritando que precisa de leito. (PM10)

- É estressante. Eu acho que numa avaliação feita sob um estresse, todos estão susceptíveis a erros. Não deveria? Não, mas todos estão. (PT6)

- É sob um estresse muito grande. (PT7)

- E aí o nível de erro é maior, o risco é maior, a probabilidade de erro é maior, porque exatamente tu trabalha sob estresse. (...) Tu tem só 4 funcionários, se tu tivesse a qualidade seria outra, estaria mais próximo, por exemplo daquela situação do nenê vomitando, porque pode aspirar e pode morrer. (PE8)

- Falta de funcionário, claro que é ruim é, é horrível (PT12)

- É aquilo que a gente já tem visto a muito tempo, que a gente já tem um alerta. Nós estamos com uma sobrecarga de trabalho. (PM10)

- Chega uma hora eu as técnicas, tem um monte de gente afastada por depressão, por estresse, porque trabalham em uma linha de frente muito pesada. (PE2)

Ainda em relação ao dimensionamento de pessoal, identificou-se um déficit de funcionários no turno da noite, sendo justificado pelas rotinas de cuidados hospitalares que se intensificam no período do dia, todavia uma das participantes se contrapõe a esse fato devido o maior número de intercorrências que ocorrem no período noturno salientando maior dificuldade no trabalho em equipe.

- Eu acho que a gente fica muito sozinhas de noite, tem coisas que tu não sabe avaliar. (PT6)

- E vocês não chamam o residente? Qual o procedimento padrão? (PM10)

- Eles demoram, não tem residente e contratado como tem de dia. (PT4)

- É de noite é mais complicado porque de dia o pessoal está sempre mais ali perto, de noite é mais complicado. (PM5)

- E a noite nós somos um número de funcionários reduzidos noite, realmente é pouco. (PT12)

- Eu acho que pela questão de rotinas, que as rotinas do dia, o banho né, tem algumas rotinas do dia que são mais puxadas, por isso o maior número de pessoas. (PT2)

-A noite é difícil darem banho num bebê. (PT12)

-Mas tem outras situações, tem mais intercorrências da noite também, muito mais. (PT7)

Cabe destacar que um dos maiores desafios da saúde está relacionado com a complexidade das condições de trabalho, caracterizadas pelo dimensionamento de pessoal inadequado, sobrecarga de trabalho e jornada excessivas que são fatores de risco para a segurança do paciente identificados em inúmeros estudos nacionais e internacionais<sup>(139, 140,141,142)</sup>.

O dimensionamento de pessoal é definido como uma etapa inicial para a organização dos serviços, que visa suprir as necessidades de assistência prestadas direta ou indiretamente pela equipe, tendo como objetivo prever a quantidade de funcionários por categoria<sup>(143)</sup>. Ressalta-se ainda que a inadequação do quadro de enfermagem é fator que comprovadamente compromete a qualidade do cuidado dos pacientes<sup>(139, 141,142,144)</sup>.

As evidências de uma revisão sistemática sobre a relação entre as taxas de dimensionamento de enfermagem e as mortes intra-hospitalares corroboram com a existência de uma relação causal entre uma maior proporção de enfermeiros e uma menor mortalidade de pacientes internados<sup>(142)</sup>.

No hospital estudado, a área obstétrica é uma área mista, de urgências e internação, em que as mulheres e recém-nascidos, demandam muitos cuidados e atenção. A falta de dimensionamento, portanto, traz para as pacientes graves consequências, podendo causar eventos iatrogênicos como: mais tempo de internação, atraso no diagnóstico, erros de medicações, e está relacionada a insatisfação dos pacientes<sup>(139)</sup>.

Este problema afeta também os profissionais devido à sobrecarga de trabalho para a equipe e jornadas de trabalho inapropriadas, bem como insatisfação. Um estudo apresenta a relação desses fatores com a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) em todos os profissionais e, em particular, entre enfermeiros e cirurgiões<sup>(140)</sup>. Esses transtornos mentais, que atingem os profissionais da saúde, são considerados importantes contribuintes ao erro e aos eventos adversos, uma vez que as falhas ocorrem por uma conjunção de fatores, dentre eles, aqueles relacionados aos fatores humanos<sup>(139,140,145,146)</sup>.

A categoria temática /dimensão Respostas não punitivas aos erros refere-se a como os profissionais sentem que seus erros, enganos ou falhas, são trabalhados na instituição e sua preocupação quanto ao que é registrado em suas fichas profissionais<sup>(47, 49, 102)</sup>.

Nesse contexto, um conceito importante que está diretamente relacionado com a segurança do paciente é: como os profissionais entendem o erro. Dentre outros fatores que

foram associados ao erro, discutiu-se sobre o medo que as pessoas têm de relatar seus erros às chefias, ao realizarem as notificações, como confirmam nas discussões a seguir:

-Eu acho que as pessoas, no geral do hospital, ainda têm muito medo de ter erros relatados ou de relatar erros. (PM5)

-É uma mudança de cultura que precisa, das pessoas entenderem, de valorizar o cara que tá ali conseguindo falar do erro que cometeu, porque é difícil, chega a ser doloroso, tu ver teus colegas cochichando, tu se expõe. (PM9)

- As notificações elas podem ser anônimas, a pessoa faz a ocorrência, descreve data, hora, dia, o que aconteceu, com quem aconteceu, não precisa se identificar, e ai se avalia e discute cada uma das ocorrências com as pessoas que estão envolvidas. O grande problema dessas análises, é que a gente não tem como dar retorno para quem notificou, então às vezes a pessoa acha que não está sendo feito nada. (PE11)

- O pessoal desconhece as notificações. O pessoal ainda desconhece a maneira de como fazer para melhorar a segurança. (PE8)

- Uma enfermeira veio ali no setor, chamou todos os técnicos e mostrou passo a passo de como se fazia a notificação. (PT12)

-Isso, exatamente, mas eu acho que podia ser feito um EAD ainda, de como notificar (PT7)

-Tudo que vocês acham que pode estar interferindo na segurança assistencial pode ser notificado, se faz uma ocorrência, por que tem as comissões de segurança e qualidade de cada área, tem de todas. (PE8)

- A gente precisa ter confiança para notificar, confiança que tu não vai ser punido isso é importante. (PT7)

- Tu descobre o que aconteceu, se avaliar a situação em que aconteceu o erro, com as notificações. Pode ser anônima isso favorece muito. (PM9)

- No curso de segurança das medicações, foi falado sobre as notificações, para a gente que é técnica fica é difícil, pensamos e se eu falar, notificar e assumir o erro, vão me chamar, vou pegar advertência, vou me queimar. (...), mas claro, no curso nos mostraram que é para a gente notificar para ser um rastreamento para a gente ver aonde que está acontecendo os erros, não para a cobrança, não para punição, mas para ti dar retorno, para saber como evitar (PT6)

Em outro momento, as participantes justificaram as dificuldades em lidar como os erros e notificações devido a como foi apreendido por elas, o significado de errar e a importância de entender o erro como oportunidade de melhora. Conforme referido nas falas:

- O que a gente precisa aprender e entender é que o erro é a maior oportunidade de aprendizado que a gente tem. Que é na hora que tu diz: “Doeu, pela amor de Deus, olha o que aconteceu! e nunca mais tu faz, é incrível porque nunca mais faz mesmo... (PE11)

- É difícil, é uma coisa difícil de tu lidar, aprender a buscar o erro para ti melhorar, porque se tu não olhar o erro não vai melhorar, essa sensação é nítida. (...) mas se eu to falando é porque eu acho que a gente pode melhorar a gente tem tudo para melhorar aqui dentro [da obstetrícia] e se tu não levantar o problema tu não vai conseguir melhorar. (PM5)

- Na correria a gente até vai lá e faz a medicação para o colega, mas depois desse caso que aconteceu a gente vai e confere à medicação, parece que depois desse caso ficou mais marcado. (PT6)

- A gente teve um evento sentinela muito grave e que até estamos trabalhando em cima disso e tentando criar formas de melhorar, tem até uma campanha sendo desenvolvida. (PE8)

- É bem complicado se tu vê alguém fazendo alguma coisa errada, por exemplo, prescrevendo uma medicação para um paciente que tem alergia. Aí tu tem que notificar, e falar com essa pessoa, daí tu fica meio assim. (PT1)

Trabalhar com os erros é algo novo, não só pouco estudado, mas, principalmente, pouco assimilado pelos profissionais de saúde e, especialmente, pelos pacientes <sup>(34)</sup>. Os profissionais da saúde foram formados em uma cultura que é feio errar, que o bom profissional não erra. Essa ideia faz com que se sintam envergonhados, dificultando a identificação, análise e a possibilidade de melhorar diante dos erros.

Sabe-se hoje que os erros são multifatoriais e suas causas podem ser falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometê-los ou incapacidade para impedi-los <sup>(34, 45)</sup>. Para entender e desenvolver barreiras que atendam as multifatorialidades dos erros é necessária investigação individual de cada caso. O alicerce para isso são os sistemas de notificações voluntárias, que devem ser encorajados pela gestão de risco como ferramenta para a qualidade na assistência <sup>(148)</sup>.

A notificação voluntária, consiste na comunicação de eventos adversos e demais incidentes, realizada por profissionais de saúde ou pacientes, espontaneamente, podendo ser utilizados diferentes meios para os relatos, quais sejam formulários impressos, telefone, fax, intranet ou internet. É o método mais utilizado pelas gestões de risco para coletar informações sobre incidentes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa dos funcionários <sup>(149)</sup>.

As subnotificações são um problema para essas identificações, tendo como base, diversos fatores, como o medo, a culpa e o tipo de sistema de notificação, sendo uma das principais dificuldades o desconhecimento sobre o método de notificação voluntária <sup>(150)</sup>. Pesquisas revelaram a existência do medo em notificar diante do processo investigativo e analítico, devido à responsabilização ser seguida de advertência <sup>(151)</sup>. Corroborando com estes achados, outras pesquisas relacionam o aumento no número de notificações a ações educativas realizadas com os profissionais em atividades de incentivo a notificações <sup>(152,153)</sup>.

Identificou-se que errar para o grupo é não realizar as atividades que são de sua competência profissional, podendo gerar uma sequência de erros, no sentido de subestimar os sinais e sintomas dos pacientes e de não singularizar cada caso. Demonstraram a percepção

que sendo o erro sequencial as suas consequências não devem recair apenas sobre um profissional, conforme o debate que segue:

- Com certeza tem menos erros atualmente, mas ainda tem erros. E ainda essa maneira de ver os erros, de como tentar solucionar os erros é meio complicado, é meio difícil. (PM3)

- Quando eu vou fazer a admissão na maternidade se eu não olhar o nenê para ver se ele está com a pulseirinha. E eu vou lá admitir e não vi, e muito menos a paciente que está grogue, zozza... Por algum motivo eu não vi. Isso é um erro! Porque na admissão eu tenho que olhar o nenenzinho, ver as pulseirinhas deles, conferir e mostrar para a mãe. Então isso é uma função minha. (PE2)

- Então, foi uma falha de vários profissionais, que levou a morte do bebê. (...) isso é o tipo de coisa que se tu for ver qualquer uma das falhas, elas nunca são de uma pessoa só; é de uma pessoa, mas outra poderia filtrar, só seguir o checklist de dupla conferência hoje em dia. Quando é uma coisa muito grave, muito importante, tem que ter uma conferência, o primeiro olha, depois o segundo olha. (PM10)

- Em outro caso a paciente também acabou morrendo, então foram vários erros, erros da primeira pessoa que fez a letra ruim, da segunda pessoa que não identificou direito, da que preparou, e do médico que aplicou a medicação direto, sem verificar. Então geralmente os erros são aquilo que a gente falou do queijo suíço, são duas ou três coisinhas que aconteceram; A culpa não é da última pessoa, na verdade todo o sistema deveria ser trancável à medida que uma das pessoas nota que alguma coisa está errada. (PE8)

Destaca-se que os eventos sentinelas referidos nas discussões foram notificados e, posteriormente, acompanhados pela Gerência de Risco da Instituição (em tela) que agregou a equipe de saúde envolvida, desdobrando-se em planos de ação para melhorias da assistência prestada. Sempre que um evento dessa magnitude ocorre é algo muito significativo para toda a equipe. Para os serviços de saúde considera-se como evento sentinela todos os casos de morte inesperada e uma grande perda permanente de função relacionada às infecções relacionadas a assistência a saúde (IRAS) <sup>(121)</sup>.

Para cada evento sentinela, são realizadas ações de notificação, investigação e análise em busca de suas causas (análise de causa-raiz). Na obstetrícia, os eventos-sentinela podem ser: mortes maternas, fetais e neonatais, parto eletivo programado, histerectomia, trauma perineal grave, rotura uterina, transfusão sanguínea, eclampsia, abordagem materna ou readmissão hospitalar no puerpério, infecção puerperal, distocia de ombro, complicações anestésicas, admissão materna na unidade de terapia intensiva (UTI) e parada cardiorrespiratória <sup>(133)</sup>.

O medo das consequências para o RN, preocupação, culpa, solidariedade foram os sentimentos elencados pelas participantes ao se depararem com situações de erros e falhas no cotidiano do seu trabalho. Tal achado desvela a existência de uma cultura punitiva. As falas abaixo revelam o exposto:

- Quando acontece alguma coisa a gente reporta a enfermeira. Semana passada a médica prescreveu e a residente me disse para administrar a medicação na paciente do leito tal, mas a paciente que ela queria medicar na verdade era outra, (...) estava quase ganhando. Depois quando descobrimos o erro, ficamos todas esperando o nenê nascer, rezando para que tivesse bem. (PT7)

- Eu diluí a medicação e dei na mão da colega, aí ela aplicou errado, para ela ainda foi pior, coitadinha ela se culpou bastante. Era uma medicação para dor, mas e se o bebê nasce mal? A gente ficou até a hora do nascimento eu ficava em cima para saber se o neném estava bem, porque o meu coração ficou na mão... (PT12)

- Na hora a gente fala para a enfermeira, mas a própria médica foi dizer que tinha feito um erro, (...), aí a enfermeira ‘ta bom, mas tem que prestar mais atenção’. Mas como foi na correria eu até tive que dar a medicação e atender ela lá dentro, então, é falta de funcionário. (PT7)

- Se um funcionário comete muito erros, a gente tem a psicologia do serviço médico pessoal. Daí encaminhamos para acompanhamento. Ela faz treinamento, um monte de coisa, porque às vezes tem vários fatores externos que interferem e a pessoa pode estar com problemas, então a gente encaminha também para o psicólogo, para o serviço médico pessoal. (PE8)

A cultura de uma instituição é o produto de atitudes e valores que podem se apresentar de forma distinta em diferentes naturezas administrativas, assim a abordagem não punitiva ao erro pode ser um fator influenciado de acordo com a cultura existente <sup>(154)</sup>.

Uma cultura punitiva tende a responsabilizar o profissional de forma individual, sem avaliar os fatores multicausais e multiprofissionais envolvidos em um incidente. O histórico de punições aos profissionais de saúde frente a ocorrência de erros, pode provocar sentimentos de medo e vergonha e contribuem para a manutenção de uma cultura punitiva <sup>(121)</sup>.

Atenta-se para os relacionamentos interpessoais das falas, as demonstrações de empatia e o sentimento de solidariedade que foi apreendido dos relatos. A empatia e solidariedade nas relações laborais são sentimentos e atributos que contribuem para a construção da cultura de segurança do paciente. O aprendizado, as experiências tanto positivas quanto negativas, os desafios, os temores e as conquistas quando compartilhados de forma solidária despertam e incentivam a melhoria das condições de trabalho, ou seja, podem influenciar de forma positiva nos processos para a segurança no processo do parto e nascimento.

Todos esses sentimentos e situações têm impacto na saúde mental dos profissionais. Para estudiosos do tema <sup>(155)</sup>, na ocorrência de incidentes ao usuário, o profissional da saúde também é vitimizado, de modo que a situação concretiza traumas também no prestador de cuidado. Como elucidado nas discussões:

- Essa funcionária que fez essa medicação errada (...) me disse “eu vou largar, eu não vou mais trabalhar na enfermagem”. E ela chorava tanto, ficou super mal, aí entram também problemas psicológicos, porque agora ela vai fazer uma medicação

e fica tão tensa que pode até acabar errando de novo pela tensão de que ela não pode errar, (...) E naquela tensão ela pode errar de novo. (PT12)

- Ela disse “eu vou abandonar, não vou mais trabalhar”. Conversei bastante com ela. (...) ela disse que superou super bem, e que foi superimportante a gente ter conversado bastante. Eu falei que erros acontecem, que a gente tem que prestar muita atenção, mas não é culpa só dela, que tem frascos que são iguais, a gente estava com o paciente conversando, não estava atenta, então prestar mais atenção mesmo e ficar mais atenta. (...). A probabilidade de cometer esse mesmo erro é muito pequena, porque tu vai se ligar mais, e que não é por isso que tu vai largar uma profissão, a qual se dedica e é uma ótima funcionária; muito boa funcionária. Excelente. E ela continua, disse que ia continuar. (PE2)

- A equipe sofre, dizer que uma equipe não sofre quando perde um bebê ou quando perde uma mãe, é muito complicado. Estou com uma ex-residente, (...) ela chegou chorando esses dias pra mim, porque ela perdeu uma mãe (...) a guria está destruída, ela dizia “meu Deus o que que eu fiz?” Eu disse que não foi culpa dela para manter a calma, que essas coisas acontecem, mas tu tem que ter um suporte muito bom. Porque a tendência é a gente pensar, que poderia ter feito alguma coisa diferente que fosse mudar esse defecho, as vezes até pode ser que sim, mas muitas vezes tu tem toda uma estrutura que está funcionando mal, e é muito desgastante. (PM9)

Em função a uma abordagem ainda individual aos erros, além dos profissionais passarem a escondê-los, em decorência ao seu envolvimento podem apresentar impacto importante também na sua saúde <sup>(121, 156)</sup>. O profissional de saúde que apresenta problemas físicos e emocionais ou stress pós-traumático são considerados como segunda vítima do incidente <sup>(155)</sup>. Estudos que avaliaram os impactos na qualidade de vida de profissionais envolvidos em incidentes de erros de medicação identificaram que esses tiveram tendência a pior estado de saúde <sup>(156)</sup>. Esses aspectos são significativos uma vez que esses impactos são sentidos por toda a equipe e causam consequências na assistência à saúde <sup>(157)</sup>.

Além da verbalização de sentimentos de culpabilização frente ao erro, algumas participantes do estudo externaram a ideia de abandonar o trabalho. O grupo indicou que, quanto mais se trabalha com segurança do paciente, se faz diagnóstico situacional, investigando as falhas, buscando a prevenção dos erros, mais a equipe pode ficar com uma sensação de baixa-estima profissional. Como apresenta-se nas discussões a seguir:

-A gente mete muito a cara a tapa e fala de erro, de erro, as pessoas acabam se esquecendo das 99 vezes que tu fez as coisas certas. (PT1)

- Exatamente, isso está acontecendo muito conosco, porque o pessoal fala, mas como é que nos outros hospitais não acontece isso. Meu Deus a gente é tão cuidadoso aqui e tu não houve falar. (PE2)

- Nos outros hospitais as coisas não são notificadas, nos outros hospitais não está se discutindo sobre segurança do paciente. A gente estar fazendo essa discussão aqui, vocês estarem já organizados com comissões, e mexendo na ferida, isso não acontece nos outros locais. (PE2)

- A gente dá muito a cara a tapa. E isso, é difícil de trabalhar, porque para a equipe, as vezes passa uma sensação, que tu não faz a coisa certa, que tu está sempre

buscando o erro. (...) nós vamos precisar de um apoio do pessoal da psicologia do hospital, porque a equipe médica está se sentindo extremamente mal. (PM9)

- É uma coisa complicada, eu quando comecei não achei que fosse tão complicada, essa questão, mas é difícil, quando tu chega nesse nível, porque tu parece que tu é a parte ruim. Ter um evento adverso, te destrói, parece que vai tudo de bom que foi construindo, vai (PM5)

- A gente está num momento muito complicado porque a obstetrícia foi a primeira que deu a cara a tapa, que iniciou a trabalhar com isso, é a chance de melhorar, mas tu é vitrine e nós estamos sendo cobrados por outras equipes. (PM9)

A análise de falhas e incidentes, juntamente com outros métodos, revela muito sobre as vulnerabilidades dos sistemas e mostra a variedade de fatores que devem ser abordados ao projetar um sistema de saúde mais seguro e de alta qualidade <sup>(121)</sup>. Esses fatores precisam ser muito bem trabalhados pela gestão de risco e qualidade, em todas as unidades e setores, de forma sistêmica, transparente e de modo confidencial, quando necessário, com motivação e incentivo positivo para não gerar desconforto e comparações entre as equipes e unidades institucionais.

A partir das intensas discussões no grupo focal acerca das notificações, dos erros, sobre a existência ou não de uma cultura punitiva, houve opiniões divergentes e algumas contraditórias. Identificou-se assim em algumas falas a tentativa de justificar ações punitivas embasando-as em juízos de valor e não pautadas em uma cultura justa. No grupo focal, os debates entre as participantes levaram aos posicionamentos que seguem:

-Mas punição eu acho que existe. Com certeza. Eu acho que não só nesse hospital, mas em outros também, porque eu já vi casos acontecer advertências, por exemplo (PT7)

- A pessoa que trabalha na área da saúde, como qualquer outra, uma hora vai errar! Um trabalho que depende de pessoas, vai ter erros, porque as pessoas erram. A questão que se tem que ver é: que processo, e como os processos dentro do hospital são desenhados, se eles tentam dificultar que o erro aconteça. Os processos dentro do hospital têm que favorecer com que o erro não aconteça. Então, mesmo sabendo que erros vão acontecer, se eu tenho duas ampolas muito parecidas de medicação, para a mesma paciente e a técnica de enfermagem está com 3, 4 pacientes graves se ela tiver que atender sozinha essas pacientes no turno da noite, onde sabidamente o desempenho não é igual. Esse é o tipo de erro que eu computo que possa acontecer, e é diferente de um erro que possa acontecer por irresponsabilidade ou por desatenção. O erro tem que ser diferenciado, eu não posso tratar os erros todos da mesma forma. Há erros que tu compreende (...), agora tem erros que não são admissíveis. Os erros que vão acontecer por irresponsabilidade, ou porque o funcionário dobra [faz duas noites seguidas, sem dormir], de repente vai trabalhar dobrado, bom, isso tem que ser penalizado. (PM5)

- Claro, daí tem que ter uma equipe multidisciplinar para avaliar, em que o foco seja realmente o processo. (...) tem que ir atrás da situação, tem erros que não podem, que não deveriam ter uma punição direta, que a pessoa já se pune. A gente tem caso muito emblemático no hospital, em que a funcionaria, queria se jogar do terceiro andar, por causa de um erro que ela cometeu, e que tu entende qual foi o processo que estava mal desenhado ali. Agora, tem outros erros que não, que realmente tu vê que foram por descuido. (PM9)

-Tem casos que houve punição. Quando tu vê um erro na verdade, tem vários outros erros que culminaram naquele, falam do queijo suíço, tem que ter várias bolinhas, várias aberturas, vários furinhos e de um lado, uma hora vai sair. Então dificilmente quando é um erro grave, um erro com morte do paciente ou uma incapacidade, foi só uma pessoa que errou. Aí tem o processo, (...) eu já vi acontecer que aquela pessoa última lá [que comete o erro], leva a bomba (...). Então tem que ter processos para evitar que aconteçam isso. (...) na hora que tu sente, que mesmo que erre não vai ser punido, tu vai falar teu erro, tu vai notificar de boas. Às vezes é um erro pequeno que não vai causar um grande mal para o paciente, mas tu vai se sentir seguro em falar se tu souber, que bom, vão analisar, vão investigar, ver o que que é, mas eu não vou ser mandado embora... (PE8)

-Esses dias a acadêmica da medicina me disse o nome da paciente errado, daí a paciente acabou fazendo o preparo errado, ela disse: paciente tal do preparo 4 e a paciente que ela queria era a do preparo 3. (PT6)

- Ela trocou o nome da pessoa na confusão e aconteceu. Então ninguém foi punido. Não foi uma coisa intencional, não foi uma coisa de má fé, não foi um erro que a gente considera gravíssimo. A gente só viu assim tem que notificar, vamos tentar ajudar, e pronto. (PM10)

- Eu já vi os dois lados, já vi ser punitiva, já vi pessoas serem punidas e terem medo da punição. (PT7)

- Mas se foi punida é porque foi reincidente, já foi conversado várias vezes, não é simplesmente assim, depende muito do caso também, mas se investe no funcionário, isso com certeza. (PE8)

-É que tu tem que diferenciar muito até aonde o erro está acontecendo porque o sistema que está frágil, porque o processo está frágil, onde a gente pode melhorar o processo e tem casos que infelizmente, aquela pessoa não pode estar trabalhando dentro dessa área, não dá, não é pra ti (...) Quando foi criado o grupo de gerenciamento de risco, as próprias subcomissões, tentam trabalhar com essas questões. Agora o que não pode é isentar, comportamentos que sejam inaceitáveis e tu tem que saber diferenciar isso. (PM9)

Para avaliar os erros tu tenta na realidade fazer uma mescla, tu não pode culpabilizar, (...) quando tu tem um erro sistêmico, mas tem erros que são individuais, e tem erros que são porque houve efetivamente alguma coisa então tem que ser responsabilizado, não pode deixar de ser responsabilizado (PM10)

- Quando tem um evento adverso grave, com desfechos que são significativos, e a gente explica isso é bem claro, daí isso vai para a gerência de risco, a gente notifica e toda a equipe que participou do caso é chamada, vão conversar, até esclarecer esse caso conhecer bem a história. E o pessoal da gerência de risco que coordena isso, para ver o que a gente tem aí de falhas, o que que a gente faz, o que pode melhorar o que não pode, como construir. (PE8)

- Até pode acontecer uma advertência, mas é a partir dessa investigação. (PE11)

- O clima da instituição é de fazer alguma coisa educativa, não de punição, não punitiva. (PE8)

Com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, da ANVISA/MS, em 2013, tornou-se obrigatória a implantação, implementação e sustentação das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, entre elas, a formação de Núcleos

de Segurança do Paciente com o objetivo de sistematizar as práticas assistenciais, estimular e construir uma cultura de segurança positiva focada na promoção de uma assistência segura e também na orientação aos pacientes e familiares/acompanhantes, o que se configura em um grande desafio<sup>(121)</sup>.

Devido à complexidade deste desafio, muitos são os investimentos a nível mundial para que as instituições hospitalares desenvolvam uma cultura de segurança do paciente, todavia muitos desses esforços não são efetivados<sup>(147,158)</sup>. Corrobora com essa ideia a contradição percebida nas falas de algumas participantes, afirmando não ser uma cultura punitiva, porém, relatando casos que exemplificam o contrário.

Essa dualidade presente no trabalho é descrita por autores<sup>(158)</sup> que sugerem três razões para o isso: 1) porque é preciso investigar e entender como foi constituída a cultura punitiva na instituição; 2) saber que cultura é um construto complexo e enraizado nas instituições e em seus contextos, o que se torna difícil de mudar; e 3) a cultura punitiva tem incompatibilidade com alguns componentes da cultura de segurança do paciente, por isso, talvez, essa não seja eliminada, havendo grande possibilidade que siga ativa e, por vezes, dominante a cultura de segurança<sup>(158,159,160)</sup>.

Apesar dessas razões, para se construir uma cultura de segurança do paciente é necessário muito investimento e planejamento, visando a troca de uma cultura punitiva para uma cultura justa, antes de introduzir a cultura de segurança do paciente<sup>(158)</sup>.

Conforme referido pelas participantes, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar várias problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que estão expostas. Faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura justa e franca, em que se tenha uma linha clara entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis<sup>(154)</sup>.

Quando questionadas sobre as abordagens da segurança do paciente entre as categorias profissionais, o grupo sinaliza uma diferença de responsabilidade com a segurança do paciente, de acordo com cada classe profissional. Por um lado, elas entendem essa responsabilidade como uma cobrança e, por outro, como uma garantia para a segurança do paciente, conforme caracterizado no debate do grupo:

-Há cobrança, eu acho que sim, (...) as cobranças são de acordo com a complexidade e com o envolvimento. (PM10)

-Tipo assim, não checar a pasta do paciente, como é que a pessoa vai adivinhar, se eu não chequei na pasta e não coloquei no sistema, então isso não pode ser uma cobrança, isso tem que ser uma coisa que a pessoa mesmo tenha noção. (PT12)

-Uma questão ética. Se a pessoa não se dá conta disso ela vai ter que ser cobrada. (PE8)

- Se eu não chequei no prontuário, tenho que colocar no sistema, de alguma maneira eles [equipe de saúde] conseguem pegar. Agora se eu não faço nem um nem outro, várias vezes, daí então fica difícil, como é que eu vou me sentir cobrada. (PT12)

-A gente tem uma cobrança muito grande por parte da chefia com o desempenho. Nós não vamos negar e tem que ser! Dentro da obstetrícia a gente é extremamente cobrada por várias taxas, taxas disso, taxa daquilo (PM9)

- Não acho que a cobrança é uma coisa ruim, mas tem que ser cobrado a base que tu é valorizado pelas coisas boas, entendeu? (PM5)

- Tu tem que querer ter um nível de excelência, tu tá dentro de um hospital que é um hospital escola, é pra ser um modelo. Então tu tem que te preocupar, e quando tu não te preocupar com isso, tu tem que ser cobrado, é papel da chefia fazer isso (PE11)

- Acho que tem isso, elas têm que ter o mesmo peso, a cobrança e o elogio tem que ter o mesmo peso, complementa (PM5)

Em relação a segurança do paciente, vale a premissa de que toda mudança ou tudo que é novo pode gerar uma resistência inicial. A resistência configura-se em um dos maiores desafios para os gestores, pois, comumente, o que é novo é desconhecido, assusta e desacomoda refletindo em uma resistência inicial natural <sup>(161)</sup>. Um estudo que avaliou a percepção dos profissionais sobre a implantação de estratégias de segurança do paciente, identificou sentimentos contraditórios e ambíguos pelos participantes, mas, apesar disso, ao final emitiram sentimentos de satisfação <sup>(147)</sup>.

É necessário, para minimizar essa resistência inicial, incentivar a participação de todos os níveis da organização no processo de mudança <sup>(162)</sup>. Esse incentivo e motivação é um dos papéis da gestão, conforme evidenciado nas falas e ratificado pela literatura <sup>(147)</sup>.

A cultura de segurança da instituição pesquisada, como ela é entendida e trabalhada pela gestão, apresentou influência nas avaliações institucionais dos profissionais. Houve nos debates divergência de opiniões, algumas pessoas do grupo entendiam que as avaliações precisam ser mais formais e organizadas em uma lógica de uma cultura justa. Já outras, entendiam que a maneira como é desenvolvida é adequada, de acordo com a meritocracia individual. Percebeu-se, a partir dos debates, que a metodologia utilizada para desenvolver a avaliação institucional de cada profissional, como está sendo articulada, dificulta que os erros ou falhas sejam debatidos com clareza e que se construa uma cultura de segurança positiva. Conforme percebido dos debates:

-Esses dias na maternidade identifiquei um erro na administração da medicação, e disse para fazer um amarelinho, ficha de notificação. A profissional veio branca, não por favor não fala porque eu vou perder pontos, porque eu vou ser avaliada mal, porque vão me demitir, porque.... Ela achou que a gente estava fazendo uma queixa e que alguém ia ser excomungada em praça pública, que ela ia ser descontada que ela ia ser demitida, que ela ia perder a progressão. (PM5)

-Mas acontece na avaliação isso, se tu tem uma notificação é descontado da tua avaliação (PT4);

-Mas não é para ser uma coisa punitiva, eu trabalho no qualis, com gerenciamento de risco, a primeira coisa é não ser punitivo, se for punitivo a pessoa não vai falar (PM5)

-Eu estou aqui a pouco tempo, mas olhando assim parece uma punição. (PT1)

- É que na avaliação, quando acontece um erro, na avaliação a enfermeira puxa isso com a técnica de enfermagem, ela reforça, diminui a nota. (PT4)

- Mas não está certo isso. (PM10)

-Assim, eu nunca passei por isso, de ser punitivo, mas tenho colegas que me falaram que aconteceu um erro, alguma coisa nada grave, e a enfermeira reforçou muito isso na avaliação e isso diminuiu a nota delas. Não coisas graves, mas fizeram (PT1)

- E a nota reflete na tua avaliação institucional, na progressão profissional como é uma meritocracia não dá para dizer que não, vai repercutir no teu salário. Não tenha dúvida. Não vai ser descontado, mas na tua progressão tu não vai progredir. (PE2)

- É e tu pode progredir na horizontal ou na vertical, dependendo da nota da tua avaliação, entre outras coisas(...) mas não adianta ter todas essas coisas se tu tem nota baixa.(PT4)

-Tem que ter uma avaliação boa para poder progredir, tu tem que ter o mínimo para poder progredir.(PE2)

- Uma coisa boa das avaliações é que eu me autoavalio, depois, meu chefe me avalia e a gente senta e faz uma avaliação consensual que eu assino ou não assino, se eu posso não concordar, se for uma coisa abusiva eu posso dizer (PT12)

- Ninguém se sente à vontade de fazer isso, mas a pessoa tem um momento e eu sei de pessoas que já fizeram isso (PT6)

- Na avaliação tudo depende, obviamente da própria chefia e também da pessoa que está fazendo a avaliação (PE8)

- Eu acho que isso é uma falha na avaliação e também se tu não concorda, discorda de algum ponto e não assina, eu não sei o que acontece, como funciona. (PT6)

Destaca-se que no ano de coleta de dados desta pesquisa, o modelo de avaliação institucional da referida organização estava sendo revisado <sup>(163)</sup>, acredita-se que pelos mesmos fatores referidos pelas participantes deste estudo. Assim, alinhado ao planejamento estratégico da instituição, foi implantado o Modelo de Gestão por Competências, o qual compreende a competência como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes aplicados na realização das atividades e destaca-se por valorizar os colaboradores. A principal contribuição deste novo modelo de avaliação para a gestão é o foco no desenvolvimento, utilizando ferramentas como o *feedback* e o Plano de Desenvolvimento Individual <sup>(164, 163)</sup>.

Em um processo avaliativo, caso o profissional sinta-se penalizado pelos erros cometidos se voltar a cometê-los não irá comunicar, sustentando assim, uma cultura de silêncio, medo e punição. É fundamental para uma cultura de segurança positiva, que os líderes das unidades (chefias e coordenações), apoiem as iniciativas de segurança do paciente <sup>(165)</sup>. Com o respaldo da liderança os profissionais terão um ambiente adequado para aprender com os erros <sup>(154)</sup>.

Esse aspecto ressalta a temática sobre a cultura justa, como um mecanismo para que os funcionários sejam responsabilizados por seu papel na ocorrência de eventos adversos, mas de uma forma que não prejudique o fluxo de informações de segurança. Justo para ambos os lados, pelo individual tendo em vista que o erro é sistêmico e não intencional e pelo sistema <sup>(32, 166)</sup>

Assim, na cultura de segurança, a comunicação dos erros deve acontecer de forma aberta e justa, ao mesmo tempo em que o relato é parabenizado, incentivado, e os indivíduos não são culpados ou penalizados por falarem sobre incidentes de segurança ou sobre outras preocupações relacionadas <sup>(154)</sup>. A comunicação do erro e a sua notificação são atitudes consideradas positivas e importantes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança <sup>(116)</sup>.

Na categoria temática/dimensão Aprendizado organizacional e melhoria contínua, relaciona-se a essa dimensão o fato da instituição ser um hospital escola\* e, frente a isso, algumas reflexões foram discutidas nos grupos, dentre elas, a importância de se ter um supervisor presente (nesse caso um funcionário do hospital que faz papel de preceptor na residência médica e com os acadêmicos de enfermagem e medicina), para evitar que falhas aconteçam, mesmo quando se trata de residentes, mas principalmente, quando envolve os acadêmicos, conforme observado:

- Às vezes atendo sozinha, mas às vezes um ou dois residentes estão comigo, e às vezes tenho um R1 e um acadêmico de medicina dos últimos semestres, e eu chamo mais alguém [outro profissional do serviço] para ficar do lado, principalmente do acadêmico, para não deixar eles sozinhos nunca. (PM5)
- O que mudou muito que eu acho que melhorou muito a segurança, apesar de ter muitos eventos adversos, pelo alto risco dos nossos pacientes, é a nossa supervisão [dos profissionais contratados do hospital que desenvolvem o papel de preceptor]. A nossa supervisão mais direta (...). A gente está supervisionando, muito mais do que antes (...), conferindo quase todas as coisas que eles [residentes] fazem. (PM9)

\*O HCPA foi fundado em 1971, mas desde 1898 sua criação vinha sendo planejada com iniciativa da faculdade de medicina da época, com a premissa de vincular a formação com a assistência à população. Na área obstétrica o atendimento de internação para partos teve início em 1980. É uma instituição pública integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à UFRGS. Em 2017 este hospital-escola contava com 352 docentes, 1.630 alunos de graduação, 720 estagiários, 560 residentes médicos e 89 profissionais da residência multiprofissional.

- Hoje se confere [as atividades desenvolvidas] mais do que se conferia antes, o que eles escreveram no computador, os exames que eles fizeram, acho que isso melhorou bastante. Até pelas pessoas mesmo, pela mudança de pensamento quanto a segurança. (PM10)

-Sim, mas ainda acontecem falhas principalmente no processo de comunicação entre acadêmicos e residentes. Isso faz parte do processo de formação. (...) um dos problemas é justamente melhorar a supervisão. (PE11)

A preceptoria é uma atividade complexa e provida de incumbências para o profissional que assiste o estudante, porque ele servirá de exemplo para o futuro profissional. É uma prática comumente realizada no campo da saúde, entretanto ainda pouco abordada na literatura (167,168,169). Acredita-se que os preceptores têm grande responsabilidade na formação e no aprimoramento dos profissionais, com condições para contextualizar a cultura da segurança do paciente para o aprendiz (116).

Outra questão relacionada a ser um hospital escola, diz respeito a duração temporal dos atendimentos, devido a necessidade de supervisão permanente e a uma mudança na logística dos atendimentos. Uma vez que os profissionais contratados despendem mais tempo em função da atividade supervisora de ensino ao discente. Os enunciados abaixo ilustram a discussão.

- Como é um hospital escola o primeiro atendimento à paciente é realizado pelo acadêmico da medicina sozinho, aí chamam o residente para avaliar e se for necessário, vão passar para o médico contratado. (...) poderia ser mais rápido se o médico contratado ou dois residentes estivessem juntos ali, porque demora muito. Eu respeito isso [que eles precisam aprender], só acho que em alguns lugares o acadêmico não deve atender sozinho. (PT12)

- Às vezes a gente precisa ficar chamando o médico no corredor porque os acadêmicos não agilizam ficam lá conversando entre eles. (PT6)

- Eles [acadêmicos] precisam saber o que é conversar com o paciente, para saber qual o problema. Então, como a gente é um hospital escola (...) precisa de mais tempo, é diferente de um hospital só com médicos trabalhando (PM10).

- O pessoal da enfermagem é a mesma coisa, por isso, se eu quero uma coisa supereficiente eu não posso ter estudante (PE2)

É essencial para o profissional da saúde em processo de especialização e graduandos em formação contar com supervisão direta e permanente. Sendo exigido que o preceptor, além das responsabilidades assistenciais referentes ao serviço, deve orientar, participar, supervisionar e auxiliar na avaliação do desempenho dos estudantes a eles destinados durante o período de estágio (168).

As participantes apontam as fragilidades na formação dos jovens profissionais para a execução de práticas seguras e que a vivência da atividade prática no cotidiano das relações com demais profissionais permite a formação contínua e crítica da segurança do paciente. Há

um investimento dos profissionais de saúde para que os estudantes assimilem a cultura de segurança na sua prática cotidiana de cuidados aos pacientes:

- Reforço com os eles [acadêmicos] a importância de se preocupar com a segurança do paciente. E o quanto isso diferencia eles no mercado de trabalho, pela qualidade do trabalho deles, que não é só um papo chato. Eu vou dizer que a primeira coisa que a gente tem que fazer é não lesar, mas a gente vai lesar... e quanto mais a gente enxergar, quando está lesando, melhor a gente vai atender os pacientes, para não repetir. Eu reforço muito isso da formação, (...) e na formação médica eu ainda vejo uma lacuna, tem esse treinamento na faculdade, mas eles não têm uma disciplina de segurança, que eles poderiam ter. (PM5)

- Os alunos aprendem na prática, não veem na formação. (PM5)

-Os alunos aprendem aqui na instituição (PT4)

-A gente [profissional supervisor] comenta, a gente está fazendo, eles estão vendo... e é um dos motivos que eles vêm a segurança do paciente... (PT1)

-E, por exemplo, quando eu tenho acadêmicas ali comigo, sempre digo para elas, quando tu vai fazer a admissão, confere a pulseirinha (...) eu oriento tu entende? O risco de queda, sobre o risco da medicação errada, eu oriento elas a orientar as pacientes. (PE2)

-Porque ninguém nasce sabendo, a tua experiência faz toda a diferença (...), dentro do nosso hospital que é uma instituição de ensino, o profissional tem que saber que vai conviver com pessoas que não tem experiência, e que também estão fazendo a formação deles. O paciente tem que ser orientado disso também, se espera que o paciente saiba e entenda isso, que ele vai ser também atendido por pessoas que não tem tanta experiência, nunca sozinhos, mas vai, nós somos um hospital escola. (PM10)

-Se a pessoa começa a trabalhar em um lugar, (...) em que tudo está direitinho, funcionando correto, daí se acostuma com aquilo também, se inclui e tem mais cuidado também... (PE11)

O profissional assistencial como preceptor desempenha importante papel no processo de formação do estudante, atuando de maneira a inserir e socializar o graduando no ambiente de trabalho, integrando conceitos e valores da teoria à prática <sup>(169)</sup>.

A relevância dos hospitais escola está no elo entre o ensino e a assistência à saúde, que capacitam e instrumentalizam os profissionais e futuros trabalhadores para uma assistência qualificada e os habilitam para o desenvolvimento de pesquisas de ponta. Cabe salientar que esses indivíduos em formação, de todas as áreas, precisam ser conduzidos por supervisores éticos, que façam avaliações constantes para o aprendizado de um atendimento às mulheres que não as exponham a intervenções desnecessária, respeitando o momento do parto e nascimento com a dignidade que elas têm direito e merecem.

No que diz respeito à formação profissional com foco no tema segurança do paciente evidencia-se uma lacuna na abordagem curricular. A segurança do paciente precisa ser

abordada de forma transversal entre as disciplinas, estando pautada em referenciais claros e abrangentes. O que se percebe é um enfoque restrito a administração segura de medicamentos:

- Nas faculdades ainda não se fala muito sobre segurança do paciente. (PM9)
- Muito pouco assim, quase nada foi abordado sobre isso. (PT7)
- Falta muito falar sobre segurança do paciente, porque falam muito de medicação? (PT6)
- Segurança do paciente com foco apenas na medicação (...) (PT12)
- É, de segurança só se fala em medicações. (PT7)
- Na medicação! E isso na realidade é uma das metas de segurança, é o essencial. (PM9)
- Medicação certa, paciente certo, dose certa. (PE11)
- É, isso da medicação, mas dentro de os outros critérios de segurança não, não no todo ... (PT7)
- No geral [da segurança do paciente] não se falava. (PE8)
- Na medicina também, falavam da farmacoterapia, da relação medicamentosa, sempre foi medicamentoso o olhar, mas no geral segurança do paciente não. (PM10)
- Realmente nem se fala em segurança do paciente (...) (PE2)

O ensino sobre segurança do paciente mostrou-se fragmentado, carecendo de aprofundamento e amplitude conceitual, a OMS recomenda uma abordagem contundente sobre o assunto, além de sugerir a inclusão no ensino, nos Projetos Pedagógicos (PP), apresentando estrutura e interface entre diferentes disciplinas e áreas de conhecimento <sup>(170)</sup>.

De acordo com os relatos, percebe-se que cada curso valoriza os aspectos específicos para a sua formação. A inserção e a tentativa de unificação dos conteúdos sobre segurança do paciente são uma proposição recente nas escolas do Brasil <sup>(170)</sup>.

As transformações na formação dos profissionais da saúde devem ser produzidas em conjunto, sendo imprescindível qualificar o diálogo entre as instituições de saúde e de educação, proporcionando o envolvimento do paciente e da sociedade para discussão do tema segurança do paciente <sup>(171)</sup>.

As interações entre os segmentos de formação, atenção, gestão e controle social em saúde deveriam valorizar as características locais e as capacidades instaladas, estimular o

desenvolvimento das potencialidades de cada realidade, implementar a aprendizagem significativa e a capacidade crítica, de forma efetiva e criativa<sup>(172)</sup>.

Em relação à educação permanente existente na instituição, como melhoria contínua da cultura de segurança, as participantes expressam opiniões positivas acerca dos cursos de capacitação ofertados e quanto ao papel educativo das enfermeiras nesse processo, enfatizando as metodologias dialogadas, a partir de rodas de conversas como estratégias para o fortalecimento e a construção de novos conhecimentos sobre a segurança do paciente. Ratifica-se com as falas a seguir:

- Eu tive [cursos], quando entrei, foi bem bom, eles falam bastante, as enfermeiras reforçam bastante, da lavagem de mãos, da conferência, sobre sempre conferir se tem pulseirinha, identificação, desde as medicações que tem que rotular com etiquetas todas elas, não importa se vai gastar etiqueta, é para colocar e para conferir. (PT1)

-As capacitações realizadas pelo hospital para que os funcionários se capacitem. Para que os profissionais pensem na segurança, para que não seja só aquela coisa mecânica de ir lá e colocar a pulseirinha, mas pensem que estão colocando uma pulseirinha porque é para uma forma de segurança do paciente (...). O gatilho foi acreditação e também as capacitações que o hospital faz, as revisões que as unidades, que as enfermeiras fazem. As enfermeiras fazem um grupo, uma roda de conversa e dizem assim: gurias vamos falar, como é que nós estamos na segurança? O que nós estamos fazendo para a segurança do paciente. (PE2)

Na categoria temática/ dimensão Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, buscou-se identificar se a gestão do hospital propicia um clima que promove a segurança do paciente e se suas ações demonstram que esta é uma prioridade, de forma preventiva ao acontecimento de evento adverso<sup>(47, 49, 102)</sup>.

As participantes do estudo elencaram a existência e a atuação das Comissões de Segurança e Qualidade Assistencial e as melhorias na estrutura física, tais como a manutenção de portas, trancas, grades nas janelas, a presença de um segurança na portaria das unidades, além do investimento realizado de forma intensa e comprometida de todos os profissionais e gestores quanto à Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International* (JCI), ocorrida em 2013, sendo o primeiro hospital escola do Brasil e, o terceiro na América do Sul, a possuir o selo de acreditação.

A estratégia de construção coletiva de planos de ação adotado pela instituição (envolvendo os profissionais), com foco nas melhorias dos processos assistenciais lideradas pela Comissão da Gerência de Risco, foi destacada pelos participantes, conforme identificado no debate ilustrativo:

- Eu acho que o olhar sobre a segurança mudou e mudou justamente quando teve o início da equipe de qualidade assistencial, (...) foram realizadas ações de cuidado com o paciente, protocolos, situações, coisas que a gente precisa fazer para diminuir o risco delas [mulheres] aqui dentro. (PE11)

-Também acho que a instituição desses grupos [Comissões de Segurança e Qualidade Assistencial] que foi feita em todos o hospital foi fundamental. Tu ter uma equipe, (...) que tinha contato com todas as equipes, da NEO, da internação, do CO e que diz, “oh, isso aqui está errado, isso não tem que ser feito assim, aqui essa paciente sofreu isso, essa paciente sofreu mais tempo do que precisava, essa paciente sangrou demais, aqui foi feito um exame no quarto sem anestesia que não era para ser feito, sabe, coisas desse tipo, que as vezes até por descuido do próprio profissional, do próprio médico residente, do próprio técnico de enfermagem da falta de treinamento... e a gente foi trabalhando encima disso, para criar capacitações, protocolos para tudo, foi fundamental. Isso mudou o nosso atendimento e a visão do profissional. (PM10)

-Eu acho que a criação das subcomissões de qualidade e segurança foi fundamental. (PE11)

- A segurança teve um início bom em termos disso, porque a gente buscou junto a equipe, a modificação de coisas que deram errado, de problemas que eram vistos e a partir disso se começou a construir condições para melhorar, (PM9).

Tendo em vista que as instituições hospitalares brasileiras variam muito com relação a sua organização e gestão, mesmo dentro do SUS, e que o apoio da gestão hospitalar é a base para a construção de uma cultura de segurança do paciente. A PNSP determina a obrigatoriedade da constituição multiprofissional de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos hospitais como estratégia para garantir a adesão à programas de qualidade.

Os NSP têm como princípio a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde <sup>(173)</sup>. Devem, antes de tudo, atuar promovendo complementaridade e sinergias articulando e incentivando as demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, no âmbito da qualidade e segurança, tais como: a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, Núcleo de Saúde do Trabalhador <sup>(173)</sup>. Essa organização da gestão, na referida instituição, foi percebida pelas participantes como fundamentais para a sensibilização sobre a temática.

São distintas as formas de operacionalizar os NSP, entretanto, os gestores no geral têm a mesma preocupação, em como otimização seus recursos humanos, financeiros e materiais. Um estudo que comparou a Cultura de Segurança do Paciente em diferentes tipos de gestões hospitalares, afirma que o nível de Cultura de Segurança do Paciente foi crescente nos hospitais de gestão estadual, federal e privado <sup>(174)</sup>. Não é por acaso que o hospital privado teve níveis melhores de Cultura de Segurança. Parte-se do pressuposto que, por meio de uma cultura de segurança fortalecida, de qualidade entre outros benefícios, haverá a diminuição dos custos.

Pesquisas internacionais afirmam que os custos adicionais voltados para o tratamento de danos decorrentes de EA nos hospitais são responsáveis por altos valores <sup>(174, 175)</sup>. Acarretam custos desnecessários aos serviços pelo aumento do tempo de hospitalização, intervenções, tratamentos e exames para corrigir os possíveis danos causados aos pacientes <sup>(178)</sup>. Dessa forma,

investimentos na redução de incidentes de segurança do paciente podem levar a economia financeira significativa.

Salientou-se nas falas o processo de acreditação hospitalar como uma importante ferramenta da gestão de segurança, conforme corroboram as falas a seguir:

- Então, o nosso hospital tem esse papel. Eu acho muito legal de ver o objetivo final. Quando pensamos “O que que tem a *Joint Commission* aqui? (...). Ganha uma garantia, na teoria, ganha uma confiança que os processos aqui são mais seguros, que os pacientes entram e saem daqui com mais segurança. A gente, os pacientes os familiares, mais seguros que em outros lugares. É esse o objetivo final. O benefício é teu produto final, esse é o objetivo final... e eu acho isso super rico do hospital, onde as pessoas ficam convencidas. (PM3)

-Sem dúvidas a gerência quer a melhoria da segurança, uma prova é a própria acreditação. Nós começamos a trabalhar segurança, especificamente no centro obstétrico, desde 2007 (...). Então, vem assim ao longo dos últimos 10 anos, a gente vem trabalhando bastante, com essa questão, dentro da obstetrícia. Acho que o hospital no geral pelo menos desde a avaliação pela JCI, a coisa veio numa progressão bem grande (PM9)

A busca pela acreditação, referida pelas participantes, demonstra o comprometimento e o nível de apoio da gestão com a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Uma vez que a implantação da acreditação hospitalar necessita do envolvimento de diversos segmentos profissionais, principalmente da alta gestão <sup>(113,179)</sup>, havendo consenso na literatura de que a acreditação atua como promotora de mudanças organizacionais, na gestão dos processos e nas práticas de segurança <sup>(113, 180,181,182)</sup>.

A Acreditação Hospitalar é um modelo de avaliação externa de qualidade, a partir de critérios pré-definidos. No Brasil, a acreditação hospitalar ainda é recente, ganhando maior projeção com a criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) na década de noventa <sup>(183)</sup>. Existem três distintos modelos de análises atuantes como acreditadoras no país, dentre estes, a Joint Commission International referida pelas participantes.

O apoio da gestão também foi indicado quando o grupo associou: a segurança do paciente ao provimento de infraestrutura e a contratação do pessoal da segurança hospitalar relacionado ao sentimento de proteção devido ao quantitativo expressivo de pessoas que circulam nas dependências da instituição (estudantes, acompanhantes, pacientes, profissionais da saúde e das áreas de apoio).

- A questão da proteção, (...). Tem muita gente que tem acesso a mãe e ao bebê, os vizinhos do lado [pacientes que dividem o mesmo quarto], os familiares dela e dos outros pacientes, tem o pessoal que circula no hospital, a equipe médica, assistencial, os estudantes. Como a gente tem tanto acesso, tem que ter mais segurança. E vejo, que tem falhas, mas já melhorou muito. Nós temos um segurança ali na frente, depois de muito tempo pedindo. Nisso, as crianças são as mais frágeis, mais que as mães. Acho muito perigoso, será que nós estamos protegendo esses bebês? Eu vejo a segurança do paciente também nesse sentido. (PM10)

- Falando em termos de segurança física mesmo, da equipe, do paciente, de barreiras por exemplo a gente conseguiu botar uma porta, que é uma barreira física. Essa porta foi colocada aqui para a segurança do paciente, para a segurança da equipe de todo mundo, e essa porta tem que ficar fechada, mas tudo isso tem que ser trabalhado, não existe segurança sem trabalho em equipe, trabalho de formiguinha. (PM9)

-Essa questão do acesso, tem também os profissionais que a gente nem sabe, a gente tem muito estudante ali, tem horas que tem 20, 30 pessoas ali dentro e a gente não tem como controlar esse acesso dentro da unidade, tu pode ter qualquer um misturado (PE8).

- E isso foi sendo trabalhado com a gente também (...) sobre usar o crachá, uma coisa tão simples, foi demonstrado para nós a importância disso, que sem crachá um estranho poderia entrar... até então parecia ser uma coisa tão normal. (PT12)

-A porta era aberta, estava sempre aberta, faz dois ou três anos que não é mais assim (PT7)

-É, se tu conhece o hospital tem maneiras de tu conseguir chegar a parte de internação sabe, sem precisar passar o crachá. É a pessoa tem que conhecer um pouco. Alguém passa antes na porta e tu entra junto, então, ainda é possível. (PE11)

- Ainda é fácil de entrar na maternidade, de colocar o bebe na bolsa, que ainda é um processo bem fácil. (PM10)

-Antes a porta ficava aberta, estava sempre aberta. (PT6)

- Quanto eu comecei eu trabalhava na maternidade e essa questão da porta eu aprendi de uma forma rígida. No CO tem várias questões, não tem tanta gente pegando o nenê, não tem tanta gente chegando e acessando, porque lá tem um pouco mais de controle. Até o pessoal fica meio revoltado porque a gente não deixa trocar de acompanhante toda hora, exatamente por isso, por segurança. Por que daí não tem tantas mãos tocando na paciente, e depois no bebe, principalmente no bebê, daí tem bem menos risco de roubarem a criança ou sei lá... (PE8).

- Não se tinha esse olhar assim para a segurança do paciente [com relação a proteção na estrutura física]. (PT7)

A preocupação quanto à segurança física despontou nas discussões e demonstra causar temor na equipe. O número de pessoas com acesso as mulheres e aos recém-nascidos, a facilidade em entrar nas unidades, o medo do roubo dos bebês e o comportamento dos visitantes desencadeiam o sentimento de insegurança. Reforçando assim a multidimensionalidade da temática da segurança do paciente, pois envolve questões de várias complexidades e consequências. Algumas delas de difícil abordagem como o comportamento das pessoas, por exemplo, e outras que necessitam de decisões de gestão como, barreira física, com colocação de portas e reestruturação de área física.

Além disso, as participantes elencaram alguns problemas estruturais que afetam na sua atuação, na qualidade dos cuidados desenvolvidos às mulheres e suas famílias, conforme percebido:

- Então, nossa SR [sala de recuperação] que são duas SRs, fica uma funcionária correndo de um lado para o outro. (PM9)

- Tem falta de privacidade na sala de pré-parto, no trabalho de parto, falta acomodação adequada para permitir o acompanhante na sala de pré-parto e parto. (PT4)

- Eu acho que no trabalho de parto elas tem privacidade, mas na sala de recuperação nós temos mais problema com isso, (...) que permite o familiar junto ali, mas tu não tem espaço físico. (PT1)

- O ambiente não é do tamanho adequado para comportar uma poltrona, na realidade eles ficam num banquinho. (PE11)

- Nas urgências a gente tem dificuldade em tirar eles porque eles querem ficar junto com as esposas. (PT4)

- Vocês já tem duas salas de recuperação separadas, a do recém-nascido é uma terceira sala não tem como vocês ficarem de olho no bebe, é uma terceira sala, é impossível. (PM5)

- Escolhi “falta de ambiente adequando para a aplicação de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor”, na realidade quando foi adotado esses métodos na instituição, o CO já estava pronto, então a gente teve que se adequar para poder ter, para a gente poder fazer os métodos não farmacológicos. Então tem instituições que são, hospitais que fazem de qualquer jeito, mas a gente tenta fazer sempre o melhor, e assim os nossos banheiros são pequenos, as vezes não é o adequado para comportar a bola e a paciente, o piso não é adequando é escorregadio a gente sempre encaminha elas de propé, (...) Então assim, é uma coisa que a gente está tentando solucionar, para ver como se adequar. (PE8)

- Teve até uma paciente que ela me falou que ela se sentiu mal, ela tava na bola, no banheiro e era tão pequeno o espaço que ela se sentiu mal e ela era bem orientada. (PT6)

- No alojamento umas das coisas ruins, são as salas com seis mães e seis bebês, isso eu já acho meio desumano sabe, deveria ser no máximo três ou dois por quarto. (PT12)

- Na hora de visita é bem complicado, em termos de espaço físico, eu acho que nosso problema na maternidade são esses quartos. (PE2)

- Já ajudou por que antes era um calor infernal, agora tem ar. O ar condicionado ajudou muito. (PT12)

- E tem a função de ter as cortinas, daria mais privacidade, até quando tu vai orientar, vai falar uma coisa pro paciente o do lado acaba ouvindo. É muito ruim isso, tenta falar mais baixo, mas não adianta. (PE2)

No CO eu acho que só, a única coisa que eu digo que precisa melhorar, olha eu puxando (...), a sala de recuperação não tem banheiro para as pacientes (PT6)

- O ar condicionado no quarto depois colocaram ajudou muito, por que era um horror, um calor, as crianças ficavam mal, as mulheres ficavam mal, a gente não conseguia nem ficar dentro do quarto, isso ajudou bastante também, para todos, pra gente trabalhar, para as mães. As grades nas janelas, também ajudou bastante, não tinha, até a última verificação não tinha grade na janela, só tinha um, algumas mães tinham muito medo (PM3).

Conforme indicado nas falas, a infraestrutura hospitalar pode interferir nos cuidados.

Destacam-se aqui a influência nos cuidados relacionados as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, a falta de privacidade, dificuldade para orientar, também a falta de espaço físico para acomodar e incentivar a presença do acompanhante. Todos esses cuidados são essenciais para a qualidade da assistência obstétrica.

Os indicadores de qualidade podem ser analisados segundo especialistas <sup>(31)</sup> por três áreas distintas: estrutura, processo e resultado. As recomendações quanto a estruturação do serviço de Atenção Materna e Neonatal de acordo com as exigências e Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde <sup>(184)</sup>, são relacionadas a infraestrutura física, aos recursos humanos, aos equipamentos e materiais necessários à sua operacionalização, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

Frente às recomendações destacam-se as necessidades de adequação das unidades foco deste estudo, quanto as acomodações do acompanhante nos quartos/enfermarias que deveriam contar com poltronas e medidas de privacidade visual a cada mulher, seu recém-nascido e acompanhante, quando em ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera <sup>(16)</sup>. No Brasil, a permanência do acompanhante nas instituições hospitalares tem encontrado dificuldades também devido à falta de estrutura <sup>(185)</sup>.

Nas maternidades como indicador de estrutura física pode-se avaliar se possui quartos pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP) <sup>(133)</sup>, e também se a unidade de centro obstétrico conta com área adjacente para deambulação das parturientes e se contém os materiais necessários e local adequado para realizar o alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto <sup>(31)</sup>.

Autores <sup>(140)</sup>, afirmam que as condições estruturais precárias do serviço, implicam em insegurança para o paciente e em maior exposição aos riscos. Assim, para manter a qualidade e segurança das mulheres e recém-nascidos a infraestrutura do serviço de atenção materna e neonatal deveriam promover uma ambiência acolhedora, ou seja, um ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais inter-relacionados e voltados para a atenção sensível, resolutiva e com ações de humanização da assistência <sup>(31)</sup>.

A categoria temática/dimensão Abertura para a comunicação elucidou se as participantes percebem a questão da liberdade para falar sobre algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente e sentem-se à vontade para questionar decisões ou ações de seus colegas com maior autoridade <sup>(47, 49, 102)</sup>.

Foi observado que apesar de referirem a importância da comunicação para a segurança do paciente, expõem a dificuldade encontrada pelos profissionais de enfermagem em questionar condutas médicas, na área obstétrica, sendo justificada pelas relações de poder e hierarquias muito rígidas entre os profissionais como um dos principais problemas na comunicação, corroborado nos debates:

-Uma coisa que a gente pode melhorar, quando se trabalha com segurança é a questão da comunicação, essa é uma barreira muito importante, e quebra as vezes. É uma coisa que a gente tem que trabalhar porque pode melhorar. (PM9)

-O pessoal técnico tem um pouco de dificuldade, de chegar em um médico contratado, para falar, então as vezes tem coisas que podem funcionar melhor se não houver uma hierarquização tão rígida. Ainda tem pessoas que tem dificuldade em falar (PM10)

-Eu tinha dificuldade mesmo. Quase todas têm. As vezes tu precisa falar com certas pessoas e ficava...[expressões de pensando como fazer isso], mas eu tinha essa dificuldade. (PT6)

- Mas isso já melhorou, eu já vi várias vezes a técnica chamar a atenção do acadêmico de medicina, o que eu acho muito bom (...). Antes não, elas não tinham coragem, agora já tem coragem, chegam e falam. (PM9)

-Mas eu acho certo, porque antes havia aquele medo de chegar e agora, ela [técnica de enfermagem] é uma autoridade, ela é dona do paciente também, ela está cuidando, pode dizer, “não, não pode fazer isso com esse paciente, aqui na unidade é assim”. (PM10)

-É e eles não sabem mesmo, (...). Alguém tem que falar e pode ser o técnico de enfermagem, eu acho que tem que ser ... estão ali na frente. (PE11)

- É também uma questão de segurança. (PT12)

-Eu não tenho tanta segurança de falar para alguns. Como que tu vai chegar e falar para um médico que fez uma faculdade, que não tem educação de lavar as mãos (PT6)

A hierarquia nas relações dificulta a comunicação interprofissional, se configurando como um risco para o paciente. Essa relação de poder se estabelece principalmente entre o profissional médico e a equipe de enfermagem. As participantes problematizam as relações de poder e hierárquicas entre profissionais médicos e demais membros da equipe de saúde e as barreiras de comunicação impostas por essas relações:

- É cultural, lá na formação. (PE2)

- Existe uma coisa que é a onipotência do médico, ele acha que é... Que ele é mais, que não precisa. (PM10)

- Tem também, como é que se diz? O poder do carimbo? mas não é, todo mundo é igual. (PT4)

- Porque um médico dificilmente vai respeitar e ai vem outros erros né, o que uma pessoa que ta ali hierarquicamente abaixo dele chame atenção dele. (PM5)

- É tem isso. Que nem tu perguntou se a gente se sentia a vontade, mas tem coisas que não dá, não da pra falar. (PE2)

- É o carimbo, a gente vê o residente que está melhor, já está assumindo, e às vezes é verdade o carimbo pesa (...) eles estão se esquecendo que também estão aprendendo, vimos esses dias um residente que só xingava o acadêmico da medicina quando ele errava, eu disse para ele a aprender a como não ser, quando for um residente, não fazer a mesma coisa, isso é uma corrente, é uma continuidade. (PT6)

- É a parte mais difícil da gente mexer, porque é uma cultura muito difícil de se mudar e um pouco de hierarquia tem que ter mando (PM9)

- É complicado, para falar é complicado, a pessoa as vezes leva pro pessoal (PT7)

- Particularmente tem algumas pessoas que eu trabalhei que para cuidar do paciente, de um familiar meu eu não gostaria, e que é uma pessoa difícil até de tu falar alguma coisa, que não aceita, por que eu tenho tantos anos de experiência, por que foi sempre feito assim, eu nunca mudei e eu nunca matei ninguém assim. É difícil às vezes as pessoas, mudar essa ideia, ai não vai aceitar tu como colega chegar e dizer. (PM5)

- É muito complicado tu falar para um colega, já vivenciei vários casos dos colegas que não aceitam. (PE8)

- E muito difícil uma pessoa, alguém da enfermagem, um estudante, um residente, jamais vai conseguir chegar e chamar atenção, isso não tem como, essa questão hierárquica é complicado, eu não conseguiria chamar atenção da minha chefe jamais, eu não conseguiria (PT6)

-Depende pra quem tu fala, e é importante que tu conheça por que se não tu acaba se prejudicando. (PE8)

Um dos maiores problemas identificados nas pesquisas sobre o trabalho em equipe é a dificuldade dos profissionais da assistência à saúde em manter uma comunicação eficiente, que favoreça o trabalho e, conseqüentemente, a segurança do paciente. As falhas na comunicação têm sido indicadas pela bibliografia como principal fator que contribui para EAs e diminuição da qualidade dos cuidados <sup>(186, 187)</sup>.

O modo como a comunicação se estabelece é influenciada diretamente pelas diferenças hierárquicas de poder, causando conflitos e fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo <sup>(186,188)</sup>. Os desafios apontados na literatura para uma comunicação efetiva entre os profissionais da saúde, confirmam os achados desta pesquisa, indicando a desvalorização deste atributo nas formações, gerando a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais entre ela; além do efeito da hierarquia institucional, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe multiprofissional <sup>(189)</sup>.

Enfatiza-se que a rigidez da hierarquia, gera uma distância entre colaboradores e lideranças<sup>(153)</sup>, que não permite a construção da comunicação efetiva entre os diferentes níveis hierárquicos, porque não proporciona o compartilhamento das necessidades, tampouco permitirá a exposição dos erros pelos profissionais <sup>(190)</sup> contribuindo para as subnotificações, já problematizadas anteriormente.

Pesquisas sugerem que as estratégias para a melhoria da comunicação podem advir tanto em nível de gestão quanto à nível individual. A gestão, ao promover ações que facilitam a comunicação e a integração das equipes, incluindo a minimização das hierarquias entre os profissionais. Por outro lado, é no cotidiano de trabalho que, individualmente, cada membro da equipe pode produzir um ambiente favorável para a boa convivência e comunicação, resultando num ambiente de trabalho saudável em que se oferece uma assistência segura aos pacientes <sup>(154)</sup>.

A adoção de estratégias para melhoria da comunicação nas equipes de atenção à saúde da mulher no pré-parto, parto e pós-parto representa um desafio que requer mudança na cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, assim como indicado em outro estudo<sup>(191)</sup>.

A categoria temática/dimensão Trabalho em equipe entre as unidades compreende se as unidades do hospital estão bem coordenadas entre si, cooperam umas com as outras, para prover o melhor cuidado aos pacientes<sup>(47, 49, 102)</sup>. A fim de contemplar a visão dos profissionais e frente às especificidades da área, aborda-se aqui também o entendimento sobre a interface da rede de cuidado à saúde da mulher, gestante e do RN.

Nesse contexto, as participantes referem que trabalhar com mais proximidade entre as equipes, tanto nas relações, comunicações e se colocando no lugar dos colegas fortalece a segurança e garante agilidade no serviço, como identificado no discurso:

- Trabalhar mais junto, melhora também porque dá agilidade, porque a partir do momento que do CO me falam “fulana eu tenho sete para descer.” eu sei que eu tenho que ajudar, claro independente a gente sempre tenta agilizar a alta, principalmente dos bebês de manhã, (...) Então são essas coisas, essa comunicação, que é fundamental, a gente sempre tenta fazer o melhor possível (...) e tem que ter essa comunicação. A gente aqui também está corrido, mas é o pensar no outro, no colega, é pensar no paciente que está mal acomodado, lá dentro com uma maca com seu bebê, aqui está cheio, mas vamos tentar pra ver o que a gente consegue fazer. (PE8)

- A gente usa muito o banco de sangue, dá muito trabalho para eles porque as nossas pacientes sangram muito e a gente pode melhorar nossa relação com eles, nossa comunicação para agilizar o serviço. (PM5)

- As enfermeiras da NEO são resistentes quando a gente na noite tem que encaminhar o nenê, um dia uma me se queixou “mas porque tu encaminhou esse bebê?”, eu disse porque ele tem que ser avaliado pelo residente, eu sou técnica, e daí ela ficou se queixando pra mim (PT12)

- Não podemos criar aquela cultura, “ ah, é fulana de novo por qualquer besteira”. Porque se cria essa cultura, quando a área física não é junto é perigoso. (PM5)

- As unidades acabam desconhecendo as rotinas, até porque ficam longe, pela questão física. (PE11)

Entender os fluxos e a logística entre os setores da mesma instituição é muito importante, para fortalecer os laços de apoio entre os serviços. Da mesma forma, considera-se imprescindível na área obstétrica, que os profissionais tenham clareza e entendam quais são os fluxos e redes de apoio entre instituições do setor primário e terciário, ou seja, que os profissionais entendam a relação entre hospital e a rede de atenção básica. Conforme referidos as participantes fizeram alusão as limitações do trabalho na rede de atenção obstétrica que gera maior demanda, e sobrecarga as equipes do hospital.

-Nos postos [unidades de saúde], falta profissionais, e tem um número limitado de consultas. E por isso há essa sobrecarga dentro da emergência dos hospitais porque lá, não se tem um atendimento suficiente para não deixar chegar aqui (PM10)

-A falha lá fora [na rede de atenção básica] porque essa paciente sai do local dela de atendimento e vem pra cá; porque ela sabe que aqui ela vai ser atendida. (...) também o número de funcionários, porque com isso o que acontece, é a sobrecarga. Falha lá fora, vem todo mundo pra cá e não tem número suficiente de funcionários também, aí então entra o estresse. (PT6)

O pré-natal não foi realizado ou o pré-natal falha, e aí chegou lá na hora de ganhar o bebê e essa mãe acaba precisando de uma transfusão. Vem uma paciente com anemia lá do posto de saúde, já estava com a hematócrito muito baixo, chegou no parto e sangrou mais e caiu, despencou. Despencou a hemoglobina dela e hematócrito, e aí? (PE8)

- Chegam no CO sem o pré-natal adequando, sem uma avaliação bem-feita, a gente tem visto pacientes que é a história natural da sífilis, não foi feito o diagnóstico e não foi feito o tratamento. E as vezes foi feito o diagnóstico, pediram os exames e não deram nada para a paciente e a sífilis explodiu, é imperdoável. Tem muitas pacientes que chegam sem pré-natal, apesar do município ter uma boa assistência da rede. Eu acho que o pré-natal na rede é muito bom tem tudo para funcionar e mesmo assim, a gente vê as pacientes chegando sem atendimento, ou porque falta cultura, tem muita drogadição, tem muita paciente usuária de crack, cocaína, compartilhando agulha, acho que é outro motivo do atraso no diagnóstico e de ações emergenciais. (PM5)

Perceber-se que a falta de profissionais na rede de atenção básica, o número reduzido de consultas, a falta de tratamento adequado e a baixa qualidade assistencial, são elementos que interferem na segurança do paciente, no caso específico às gestantes, e que reflete no atendimento no hospital, por demandarem uma sobrecarga ao serviço especializado que poderia ter sido resolvido antes, gerando estresse, superlotação nas emergências obstétricas, possibilitando maiores falhas na assistência, insegurança e dificuldades que podem afetar o processo de trabalho.

Por definição o dano também pode resultar de oportunidades perdidas devido a uma combinação de cuidado inadequado e má coordenação, seja dentro do hospital, no momento da transição com a atenção primária ou ao longo de um período prolongado na comunidade <sup>(119)</sup>, como é o caso do atendimento ao pré-natal. Tem-se cada vez mais evidências de que muitos pacientes sofrem dano, devido a progressão de uma doença sem tratamento, por erros e atrasos no diagnóstico <sup>(192, 193)</sup>, como nos casos de sífilis ou anemia, referidas anteriormente. Neste contexto, isto simplesmente poderia ser entendido como um cuidado de baixa qualidade, entretanto, conforme relatado, constitui-se em um EA grave, pela doença não ter sido reconhecida e tratada.

Salienta-se que o conceito de segurança em hospitais permanece relevante na atenção primária, porém autores refletem a necessidade de novas taxonomias e abordagens para este contexto de prestação do cuidado de saúde <sup>(194)</sup>. Estando os riscos na atenção primária mais ligados às omissões de cuidado, à ausência de monitoramento e às dificuldades de acesso <sup>(195)</sup>.

Tradicionalmente, essa área não foi incluída no âmbito da segurança do paciente, mas não há dúvidas de que pode representar uma fonte de dano aos pacientes. Um estudo de revisão que objetivou analisar as publicações científicas sobre segurança do paciente durante o cuidado de enfermagem no pré-natal da atenção primária à saúde, identificou escassas produções científicas, estando as recomendações para a segurança relacionadas à qualificação dos profissionais, para que tenham conhecimento e habilidades <sup>(196)</sup>.

A OMS emitiu uma série de recomendações para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez. A Rede Cegonha também indica o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência, a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento <sup>(197,198)</sup>. Entre os pontos que precisam ser fortalecidos ressalta-se a partir deste estudo os laços entre as atenções do trabalho em rede, de referência e contra referência a importância da rede de atenção obstétrica para melhores os resultados do cuidado as mulheres e aos recém-nascidos.

Inserido na categoria temática/dimensão Passagens de plantão e transferência interna, é investigado se informações importantes sobre o processo de cuidado são transferidas com comprometimento entre as unidades e durante as mudanças de plantão <sup>(47, 49, 102)</sup>.

O grupo considera que existe uma dificuldade na transferência segura de cuidados, entre a categoria médica, evidenciando que existe uma falta de formalidade desses momentos (comunicação escrita e verbal) entre equipes assistenciais. Essas profissionais demonstraram-se preocupadas com essa fragilidade, por considerarem essa atitude extremamente importante para garantir a continuidade dos cuidados e qualidade na assistência. Além disso, foi enfatizado a efetividade das passagens de plantões da equipe de enfermagem quanto a sua organização e sistematização em toda a instituição, sendo considerada como algo culturalmente construído pelos profissionais.

- A dificuldade na transferência de cuidados, da passagem de plantão é regra fundamental, a gente é meio danado [médicos] e vocês sabem com a gente chama a passagem de plantão da enfermagem? A gente chama que é o horário da missa. Óbvio que sim, tem que ser uma missa, ninguém pode interromper. (...) Mas a passagem de plantão, tem que ser respeitada, a hora de transferência do cuidado tem que ser uma hora santa. (PM9)

-Eu digo ta na hora da missa da enfermagem [disse outra médica] e está certo! A passagem de plantão da enfermagem, em qualquer lugar desse hospital, é respeitadíssima. Mas isso tu conquista, óbvio que é um mérito, elas conquistaram uma transferência de cuidados, organizada, em que não se mete, todo mundo respeita. Mas tu não tem como descrever a passagem de plantão médica do hospital, porque cada área tem a sua (PM3).

- A enfermagem tem uma passagem de plantão que vai servir nesse hospital inteiro. Vai estar ali a enfermeira, as técnicas, no mesmo horário em todo o hospital. É a missa! (PE11)

-Eu queria que a nossa fosse uma missa também, e é nossa culpa, eu acho que é mérito ter uma passagem de plantão boa e elas que construíram isso. É a questão de tu dar importância à transferência de cuidados. (PM5)

-Mas nós vamos tentar começar a investir nisso, começar por fechar a porta... porque se perde muito tempo útil sem isso e muitas falhas acontecem nesse processo, muitas interferências, falta de atenção, esquecimentos (PM9).

A passagem de plantão de enfermagem é considerada pelas participantes como uma atividade de extrema relevância para a segurança do paciente, porque auxilia na continuidade dos cuidados, sendo essencial uma comunicação eficaz <sup>(199)</sup>.

Para a continuidade dos cuidados e o acompanhamento da transferência de cuidados interprofissional é necessário o envolvimento dos profissionais, dos pacientes e seus familiares interagindo de forma que a comunicação e as informações sejam seguras a todos. Concretizar uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde é criar uma barreira para garantir a transferência de cuidado segura, tendo em vista os índices de EA, relacionados a erros de medicação, exposição a exames, entre outros decorrentes de uma prática não segura <sup>(200)</sup>.

Percebe-se a importância da Sistematização e engajamento na passagem de plantão pela da equipe médica, pois segundo JCI <sup>(213)</sup>, planejar e projetar processos de gestão de informações para atender as necessidades de informações internas e externas permite gestão segura e eficaz.

Percebeu-se também que a transmissão das informações precisa estar embasada em processos mais coordenados, ou seja, que sejam sistematizados com registros nos prontuários e também pela transmissão verbal e organizados seguindo uma rotina no serviço, com tempo e ambiente adequando. As participantes indicam ainda a importância da qualidade dessa comunicação, de estarem atentas e valorizarem as informações. Ademais, denotam que algumas ferramentas informais de comunicação devem ser evitadas para a transmissão do cuidado, conforme percebido nas falas:

-Eu acho que são processos pouco coordenados. No CO a gente tem visto, as gurias pedirem silêncio, eu acho isso muito legal, “psi! Nós estamos passando o plantão! ”, (..) estão no meio da passagem de plantão e está certo porque a hora que tu te distrai tu não sabe mais quanto que mediu a insulina [o grupo confirma que é um detalhe que as vezes se perde]. E eles estão certos, vocês estão certos, porque tem que entregar escrito e entregar de boca, de ter as duas formas de informação, isso é uma coisa que culturalmente nós estamos engatinhando (PM5)

-As pessoas mandam informações do paciente pelo Whatsapp®, manda pelo Whatsapp® nada! Tem que registrar no prontuário. Pode enviar um Whatsapp® para dizer que estão querendo me ver, mas o registro tem que estar no prontuário (...) Isso é muito de cada pessoa e tem que ser cobrado. (PM9)

A passagem de plantão objetiva a transmissão de informações importantes e relevantes sobre o paciente para garantir a continuidade do cuidado. Utiliza-se a comunicação como instrumento básico e neste processo, adotam-se várias formas de comunicação. Entre elas a comunicação verbal falada ou a comunicação escrita. Na linguagem escrita os registros efetuados têm a finalidade de fornecer informações sobre o cuidado que já foi prestado, e organizar a troca de dados entre os membros da equipe de saúde.

Para a transmissão segura de informações é fundamental a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde, reduzindo a ocorrência de erros e, conseqüentemente, favorece a segurança do paciente <sup>(50)</sup>. Tal achado corrobora com os resultados da pesquisa em tela, ao evidenciar a importância da passagem de plantão e a relevância da comunicação eficaz para o cuidado seguro. Aproxima-se também ao sugerir a necessidade de maior objetividade na transmissão das informações e sistematização dos registros para a passagem de plantão.

Considera-se, pelo entendimento das participantes deste estudo de que apenas a comunicação oral pode ser insuficiente, quando utilizadas de forma exclusiva, comprometendo a qualidade da informação e continuidade da assistência <sup>(200)</sup>. Assim, sugere-se o uso de outras ferramentas associadas para a sistematização dos registros da passagem de plantão como protocolos de passagem de plantão pré-definidos para assegurar a continuidade das informações, condição indispensável para a segurança do paciente.

#### **4.2 Promoção da Segurança do Paciente em obstetrícia: das Metas Internacionais às Fragilidades no Cuidado**

Na área obstétrica é sempre relevante observar normas e padrões internacionais de segurança, assim, nesta categoria discute-se sobre muitos avanços em relação às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, sendo que algumas metas já foram assimiladas pelo serviço e são parte integrante do processo assistencial na área obstétrica.

Tendo em vista que os serviços envolvidos estão em constate evolução em prol da promoção da segurança do paciente e prevenção de agravos resultantes da assistência, discute-se também algumas fragilidades identificadas neste processo avaliadas como possibilidade de melhorias.

Na análise inicialmente os as unidades de significação foram elencadas e associadas conforme as Metas Internacionais de segurança <sup>(11)</sup>, e sendo destacados alguns aspectos de melhorias na subcategoria processo de trabalho e a (in)segurança na área obstétrica.

A primeira meta, identificação correta do paciente, foi abordada em diferentes momentos das discussões. O grupo organiza a segurança do paciente em etapas relacionadas aos cuidados que praticam no cotidiano na UCO e UIO. Assim, para elas a segurança com o recém-nascido está em realizar a identificação correta, nos cuidados com o puerpério imediato na sala de recuperação, informando para os familiares e para as mães sobre a importância da utilização da pulseirinha.

- Eu começo pela segurança, a primeira coisa que me vem, trabalhando no centro obstétrico, quando bebê nasce o que tu tem que ter corretamente é a identificação do bebê, para que comece ali a segurança dele. Ele não sabe falar quem ele é, então a identificação é o primeiro cuidado. (PT1)

- No momento do nascimento tem que estar correto, tem que ser tudo certo, as vezes dá um corre, corre, nasce um aqui, outro ali, então é aquilo que ela disse da pulseirinha, porque começa daí, é o início da segurança do paciente. (PT4)

- Nós tentamos dar certa segurança para ele [recém-nascido], e uma, a primeira, quando ele nasce, a primeira coisa da segurança é a pulseirinha (PE2).

- Uma das metas é a identificação correta do paciente, realmente tem que pensar na pulseira, naquela informação que o médico deu, “tal bebe vai, mas qual bebê?” Qual o nome todo, o nome da mãe, é aquela coisa da comunicação também. (PE11)

-Acho bem importante, nas nossas funções do cuidado, certificar que é aquele paciente, tanto na questão de identificar o paciente de checar a pulseira de identificar na própria prescrição. A gente passa conferindo essa pulseira e não temos problema nenhum em relação a isso. (PT6)

- A questão da segurança (...) aqui no hospital sempre foi primordial, foi sempre lei e exigido. Assim, quando se fala de segurança do paciente é desde que ele entra na portaria, começando com a identificação, desde o primeiro momento que ele chegou lá, no dia do atendimento, na emergência ou no centro obstétrico, ali já começa. (PT12)

A identificação correta das mulheres e dos RNs é abordada na publicação “serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade, salientada como parte da organização e estruturação dos serviços de atenção materna e neonatal, estando classificada como um fator que pode contribuir para a segurança. Destacando a importância de se atentar aos mecanismos de identificação do paciente utilizados nas maternidades, bem como aos materiais para a identificação das mães e dos RNs; por outro lado, foi também associado a fatores de risco a comunicação escrita, quando realizada de forma inadequada ou relacionada a riscos administrativos, quando a existência de sistemas administrativos gerais não efetivos <sup>(121)</sup>.

Estudo realizado numa Unidade Neonatal analisou a identificação de pacientes neonatos por meio de pulseiras; foram realizadas 200 observações e destas 155 foram identificadas

corretamente, conforme preconizado, contudo ocorreram falhas de checagem, não houve checagem da pulseira antes da entrega do neonato ao familiar, antes da realização de procedimentos indicando que a implementação de estratégias para assistência segura é necessária e urgente <sup>(201)</sup>.

Foi identificado nos debates as ferramentas utilizadas pela instituição que precisavam ser revistas e são oportunidades de melhorias no processo de transferência segura do paciente, como por exemplo, alguns processos de identificação do RN, conforme discussões a seguir:

-Também os processos do próprio hospital, é uma questão de segurança, das normas de identificação do paciente, segurança externa... por exemplo identificação quando o bebê vai descer para um exame, quando o bebê vai para a Neo (...) Deveria ser uma rotina a pessoa daqui [da unidade] que conhece, levar o paciente, não ao contrário, uma pessoa de lá vem buscar e não conhece o paciente. Tem algumas normas que precisam ser mais rígidas, e algumas rotinas que talvez estejam faltando e poderiam aumentar essa segurança no acesso das pessoas aos pacientes. (PM10)

- E quem está buscando ou levando tem que realmente se comprometer em ver a pulseira, o nome completo. Isso há uns dois anos para cá, essa rotina realmente, se intensificou, sobre a identificação correta do paciente. (PE8)

-Aconteceu, do paciente ir para a Neo e quando foram puncionar se deram conta (...) daí descobriram que a pessoa que foi buscar, se enganou. Então a pessoa não fez a checagem que deveria ter sido feita, então pode acontecer, quer dizer, está implementado, mas outra coisa é as pessoas cumprirem realmente. (PM10)

Ainda acerca dos cuidados realizados para a segurança do paciente nessa instituição, as participantes destacam, algumas medidas-barreiras para evitar falhas, sendo a identificação correta, o cuidado de não deixar duas pacientes com o mesmo nome no mesmo quarto.

- O importante também que fazem é não colocar, dois pacientes com nomes iguais no mesmo quarto. Ana Maria, as vezes tem duas Anas Marias no mesmo quarto, dois Joãos e não se cuida muito isso aqui [no hospital]. (PT12)

- Mas isso está sendo cuidando isso lá embaixo [maternidade] gurias? (PM9)

- Na medida do possível é cuidado, é que no UIO nos temos seis mulheres como os RN no mesmo quarto (PE8)

A presença de pacientes homônimos ou com registro hospitalar similar e que compartilham a mesma unidade ou quarto também é referida na literatura como um ponto de vulnerabilidade do processo de identificação <sup>(202)</sup>.

Assim, os métodos de identificação e de reconhecimento, entre eles a pulseira, são um meio muito efetivo para eliminar as falhas, mas dependem de os pacientes permitir seu uso, das informações estarem corretamente inseridas e dos cuidadores de saúde valorizarem e utilizarem a pulseira de identificação em seus processos de checagem. Conforme identificado em um estudo <sup>(202)</sup> que objetivou avaliar a conformidade das pulseiras de identificação de mulheres na clínica obstétrica e seus neonatos no centro obstétrico.

Melhorar a segurança na administração das medicações é a segunda Meta Internacional. Nesse estudo, esse tema tangenciou inúmeros encontros estando relacionado com questões de comunicação, características individuais, utilização de protocolos, entre outros. Quando as participantes refletem sobre os significados da segurança do paciente no seu dia-a-dia, ponderam que esse quase sempre está associado aos cuidados com a administração correta das medicações, trazendo arraigado consigo um sentimento de cobrança. A seguir, apresentam-se algumas falas que balizaram a discussão:

-Eu vejo as minhas gurias lá [maternidade], quando vão preparar e administrar as medicações a gente cobra horrores delas e a gente está sempre cobrando e sempre em cima. (PE2)

No primeiro momento assim, é uma cobrança, porque até então, dos outros hospitais que a gente vem, a cobrança era só medicação, o cuidado era medicação. E aqui se fala em segurança no geral, então é diferente. (PT12)

-Hoje eu entendo a importância a necessidade disso (administração segura de medicamentos), mas no primeiro momento, como é diferente. (PT12)

Como se estivessem te jogando uma coisa diferente, tu vê como uma coisa diferente, como uma cobrança diferente. (PE11)

-Hoje eu entendo, é importante e é uma necessidade. O familiar mesmo entende. (PT7)

-Uma questão de maior vigilância, agora se tem todo cuidado também na hora de administrar as medicações, a gente tem mais segurança com a liberação pela máquina das prescrições, as medicações de urgências, os protocolos, a dupla conferência. (PM10)

Uma das fragilidades indicadas pelo grupo para a efetivação da segurança durante o preparo e administração das medicações está relacionada a atenção e concentração no trabalho, indicaram as conversas paralelas existentes nas unidades de enfermagem como um fator contribuinte para cuidados inseguros e está perceptível no diálogo que segue:

-O que eu achava bem difícil, era a conversa, na hora de preparar a medicação, várias pessoas te abordando. Tinha que atender o telefone... e o que me incomodava muito era que no posto de enfermagem, tinha que atender familiar, paciente, médico. Médico pedindo as coisas. Eu até disse para as gurias, vocês conversam muito (...) na diluição da medicação, então que naquele momento ali que tu fique muda, que tu não vai trocar figurinha naquele momento. Nem atender o celular (...) (PT7)

-Erro de medicação, eu acho que é um exemplo de falta de atenção do funcionário. E não é só do técnico que vai lá aplicar. É falta de atenção da enfermeira, falta de atenção do técnico, na hora de dispensarem na farmácia, porque as vezes tem uma medicação de outro laboratório com um nome similar e muitas vezes o pessoal não sabe, aí fica na dúvida (...). Eu acho que isso causa muitos erros de medicação, a prescrição mal elaborada, quando tu tá digitando, tu digita uma prescrição e pode clicar em zeros a mais, então assim, é um erro de medicação que pode causar um dano bem grave ao paciente se o técnico ou enfermeiro não está ligado. Isso que agora a gente tem mais uma barreira com a função de ter o dispensador eletrônico de medicamentos. Nos temos essa barreira, mas quem bota ali (a medicação) pode até cometer um erro humano, mas está errado. (...) Tu tem a barreira ali e o pessoal não estava lendo o negócio. (PT6)

- Quem abasteceu, abasteceu errado, tanto que existe a barreira e a pessoa não leu. E ai tem a barreira que é ótima só que não lê (PT7)
- Eu fiquei teimando com isso, mas porque não leram isso, mas o que adianta tu fazer o curso de medicação que a gente fez semanas atrás. E não adianta, porque se deu um problema é uma barreira que foi quebrada e tu tem que ver o porquê. (PM10)
- Pra evitar a conversa quando ta fazendo a medicação. (PT7)
- É a distração, é a falta de atenção. (PE8)
- É isso é uma questão que pode causar algo. Eles tinham que fazer alguma coisa para que não ocorra. (PT12)
- Eles têm que fazer frasco de cor diferente. (PT6)
- Mas que nem a gente tava falando no outro encontro, muda o laboratório e tu tem que te preparar pra isso também. (PM10)
- E é uma barreira, e é importante tu te dar conta. E as vezes os exames trocados de laboratório também causam erros de medicação porque o exame mal elaborado em laboratório, tem o resultado errado e daquele resultado o médico vai prescrever, e vai prescrever errado com erro de medicação que pode acontecer. (PE2)
- O RN já tinha começado, foi um erro do laboratório que propiciou fazer um tratamento a mais que não precisaria. Poderia ter feito só a medicação. Esses são os erros de laboratório, são os exames de laboratório, trocados, coletas mal feitas também. (PM10)

São identificados pela JCAHO cinco processos do sistema de medicação seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração de medicamentos e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento. Essa prática em uma instituição hospitalar é um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e constituído por profissionais de diferentes áreas do da saúde que compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança <sup>(203)</sup>.

As causas relacionadas pelas participantes como falta de atenção, também são identificadas em outros estudos, relacionadas a fatores individuais. Sendo identificado subsídios também para as falhas sistêmicas, que elas relacionaram a ambiência, ou seja, a um ambiente seguro para preparo e administração de medicamentos <sup>(204, 205)</sup>.

A falta de atenção que também pode ser entendida como interrupções ou distração dos processos mentais que podem estar relacionadas a erros. As interrupções são comuns segundo as participantes no ambiente de trabalho, particularmente envolvendo técnicos de enfermagem. A maioria dos estudos realizados relacionados às interrupções e erros se concentra no trabalho dos enfermeiros e nas interrupções durante a administração de medicamentos <sup>(75)</sup>. O Institute of Medicine (IOM) incluiu a redução de interrupções como estratégia para melhorar a segurança do paciente e qualidade do cuidado. O Joint Commission considera as interrupções fator

contribuinte de eventos sentinela e erros. Sugere-se em consonância com a bibliografia a sensibilização da equipe da equipe de enfermagem, por meio de grupos de discussão melhorias do ambiente e maior segurança na assistência aos pacientes.

A terceira Meta Internacional para a segurança do paciente diz respeito a redução dos riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde destacando, assim, a higienização correta das mãos e o uso de adornos. Com relação a higiene das mãos conforme relatado nos debates do grupo focal:

- Depois que tu lavou as mãos para preparar a medicação tem que ter cuidado, não dá para atender o celular ou ficar abrindo portas, saindo e voltando. (PT7)

- Eu coloquei higiene inadequada das mãos, que a gente fala bastante sempre, a pouco tempo teve um curso EAD sobre isso. A enfermeira veio falar que tem muita infecção cruzada. Mas os técnicos fazem tudo sempre bem certinho, lavam antes, depois, a gente é muito cobrado, mas não adianta só a gente técnico, não tem só técnico ali. No CO, a gente tem observado que tem contratados que vão no banheiro e saem sem lavar as mãos para atender as pacientes. (PT12)

- Higienização inadequada das mãos? Nem deveria ter, porque não tem nem como explicar isso, pra mim não tem explicação. (PM3)

- Felizmente a gente é treinado, a gente é cobrado, e não é sempre o técnico que faz essas coisas (...). Então infelizmente existe sim, a gente se polícia tanto e vivem cobrando, e tem sempre alguém dizendo que foi na hora da medicação, porque não limpam direito o acesso, mas não é. (PT6)

- Infelizmente de manhã cedo eles chegam vão avaliar a paciente na sala de recuperação, avaliam, conversam, vai e vem, e não lavam as mãos. Pegam a pasta do outro paciente e não lavam as mãos de um paciente para o outro. Eu trabalhei em CT e era a mesma coisa. (PT1)

- Eu vou te dizer, é difícil! Tu pensa “lavagem de mãos...” Não pode! Desde de 1.800/1.700, se sabe que tem a ver com infecção puerperal (PM9)

- Sim, se descobriu que a lavagem das mãos era importante por causa de infecção puerperal, agora se descobrir como fazer lavarem as mãos é outra história... (PE11)

- Eles começaram a perceber que as mulheres morriam, por que eles faziam as necropsias e ia lá fazer os partos. Já se sabe isso desde aquela época. Então assim ó, as vezes falta maturidade da pessoa entender. (PM9)

Ainda com relação a higiene das mãos, o grupo sugeriu estratégias para abordar os profissionais médicos, que conforme indicam estão na categoria profissional com menor adesão a essa prática essencial. As falas exemplificam o exposto:

- E se fosse cobrar e explicado essa situação para eles [equipe médica] (PE2)

- Eles não lavam igual, não adianta. (PT4)

- Não adianta, eu acho que não adianta. É muito chato. O jeito é pegar alguns dos médicos, para serem responsáveis por isso. Um médico da unidade de infecção. Aí esse médico começa a bater em cima dos outros, porque aí vão respeitar. (PM5)

- Vamos ter que fazer uma campanha de lavagem das mãos. E vocês sabem por quê? Porque não se vê, ninguém vê, quem vê são as pessoas de baixo que nem nós hierarquicamente e não falam (PM10)

- Ninguém é processado por não lavar as mãos, então por isso ninguém vê que é as mãos do médico que ta transmitindo tudo isso. (PM5)

O slogan “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” do primeiro desafio global para segurança do paciente foi implantado em 2005. O objetivo dessa iniciativa é a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por meio da disseminação de um protocolo de higiene das mãos <sup>(121)</sup>. Conforme afirmaram as participantes não são recentes as descobertas e incentivos para essa prática, contudo, se percebe a resistência de alguns profissionais.

A higienização de mãos é considerada uma medida simples, de menor custo e menor complexidade, mas muito eficaz para a prevenção de infecções <sup>(121)</sup>. No caso de práticas médicas seguras, conforme o IBSP, pode haver resistência porque os profissionais não conseguem relacionar os problemas de segurança a sua prática clínica, não acreditam que algumas mudanças irão resultar em melhorias ou têm a percepção que sua autonomia está em risco ou por simples autoritarismo ou crenças cientificamente infundadas <sup>(108, 206)</sup>.

Frente aos demais riscos de infecções, outra questão abordada foi o uso de adornos pelos profissionais. Como observado nas falas:

-Esse tipo de coisa que é uma coisa tão pequena. Eles dizem: “Ai é ridículo, porque que um brinquinho aqui ó” cara, se tu não quer entender, pelo menos aceita e obedece. (PM10)

-Aqui na NEO elas podem usar brinco, (...) no CO elas não podem usar brinco. Dai o pessoal da NEO quando vem para o CO não tiram os brincos porque elas dizem que vão perder, (...) eu tiro tudo, todos tiram está na NR32 eu boto numa sacolinha. (PM5)

- O hospital que fez e distribuiu umas sacolinhas pequeninha, para o pessoal colocar seus pertences, porque falavam que perdiam, agora tem que tirar. (PT1)

- As minhas residentes usam, e eu digo: “Tu não pode usar brinco aqui, nem colar, nem anel, nem relógio, eu vou te dizer uma vez, se alguém algum dia te perguntar porque que tu ta de brinco, pelo menos tu diz que eu te ensinei, porque eu não vou admitir que me digam que tu não sabia disso”. (PM5)

- E ali no CO, tem a parte restrita que tem que botar os propés, e touquinha, e dia de semana funciona bem, ai no fim de semana às vezes se abusam porque sabem que não tem as enfermeiras cuidando. (PT6)

- Nas cesarianas, a gente abre o material com cuidado, coloca a máscara tudo para entrar. Aí a anestesista entra sem máscara dentro das salas e está tudo aberto na sala. (...) respirando em cima das coisas, a gente sinaliza algumas vezes, mas não adianta, infelizmente (PT4)

São exemplos de adorno: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercing expostos. Com base na NR 32 a proibição desses para todos os

trabalhadores dos serviços de saúde expostos ao agente biológicos, independente da função a fim de proteger o profissional e o paciente.

O grupo reflete que iniciativas para instigar os profissionais sobre a importância dos processos seguros, deve ser reforçado constantemente, ainda mais por se tratar de um hospital escola:

- Na realidade não entrou na cabeça que esses cuidados são importantes, essa é a questão que precisa ser trabalhada constantemente, é que nem filho, tu não pode desistir. (PE11)

-E outro problema que é importante, é que tem pessoas que não estão fixamente no hospital, o residente troca por ano, ai tu faz toda um trabalho em março, no março seguinte tu faz tudo de novo, sem falar nos acadêmicos que trocam por mês. Então tu não pode perder tempo mesmo, tu vai educando não tem como levar, de outro jeito não (PM10)

A partir desses relatos surgiram algumas ideias para sensibilizar as pessoas, dentre elas, destaca-se a colocação de espelhos nos elevadores, que poderiam suscitar a autoconfiança, autoavaliação dos profissionais e sua conscientização, relatado a seguir:

- Tu sabe o que poderia ser feito, hoje eu botei um cartaz dentro do elevador e pensei poderíamos colocar um espelho, um espelho para a pessoa se enxergar, se verem se elas tão visualmente bem e embaixo ‘Você está sem brinco? Valorize a NR 32’ (PE11)

- Colocar também um espelinho assim no banheiro (PT7)

Este achado tem relação com estudo que avaliou o autoconceito profissional e a sensação de falta de adornos em membros da equipe de enfermagem, o qual concluiu que indivíduos mais autoconfiantes, que percebem a influência do trabalho na própria saúde não sentiram falta de adornos no ambiente hospitalar <sup>(209)</sup>.

Apesar de indicações sustentadas em fundamentação científica sólida e considerada como a medida mais importante e eficaz na prevenção e controle IRAS, a higienização das mãos que pode ser caracterizada como uma intervenção rotineira, padronizada e de baixo custo. A adesão ao procedimento ainda é descrita como insuficiente em todo o mundo <sup>(207, 208)</sup>.

Sabe-se, que habitualmente, os médicos e enfermeiros, lavam suas mãos menos da metade das vezes que deveriam, e, quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, como podemos considerar as unidades deste estudo, a adesão às Boas Práticas pode atingir apenas 10% <sup>(8)</sup>.

As IRAS causam grandes impactos, como o prolongamento do tempo de internação, aumento da resistência bacteriana, aumento de gastos desnecessários para o sistema de saúde,

pacientes e família, além de elevar os índices de mortalidade <sup>(209)</sup>. Afetam centenas de milhões de pacientes em todo o mundo. Todos os anos, cerca de 3,2 milhões de doentes estão infectados com IRAS em toda a União Europeia e um total de 37 mil morrem como consequência direta.

A higienização das mãos, poderia diminuir 50% dos casos de IRAS, constitui ação fundamental da assistência a saúde, devendo ser realizada por todos os profissionais da saúde de maneira prioritária, rigorosa e regular <sup>(210)</sup>. Há necessidade de intervenção iminente, sendo imprescindível a retomada dos valores atribuídos aos procedimentos considerados essenciais para a prática do cuidar em saúde <sup>(211)</sup>.

Essas sugestões para sensibilizar o quadro de pessoal podem ser associadas a quarta meta internacional, que é melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência. Registra-se aqui não só a comunicação verbal, mas as outras formas que podem ajudar, cartazes, folders, mídia entre outras. Assim, destaca-se que a comunicação perpassou essa pesquisa em diferentes momentos das discussões.

Foi sinalizado pelas participantes a desvalorização dessa habilidade pelos profissionais da saúde e referiram algumas fragilidades existentes no processo de comunicação, que podem levar a troca de exames e a uma maior permanência do RNs na instituição, conforme indicado pelo grupo:

-Todo mundo que trabalha no hospital medico, técnico, enfermeiro agente administrativo, qualquer um, valoriza ainda muito pouco a comunicação, que é tu transmitir informações de alguém, de prestar atenção, de responder. (PM5)

-Um problema de comunicação, (...) é quando pedem mais de uma vez os mesmos exames, ele [o médico] tinha feito o pedido e o bebê já tinha feito no dia anterior (...) houve sim falha na comunicação, um deles não passou para a R3, a R3 não passou para mim, e assim vai indo. Então quando houve aquela quebra de comunicação (...)coitadinho desse bebê que foi picado de novo. Então ainda acontecem coisas assim mesmo a gente cuidando. Se a comunicação não fosse falha não teria acontecido isso. (PE8)

Os profissionais ponderam também a importância de uma comunicação efetiva entre a equipe para o compartilhamento de qualquer intercorrência percebida no paciente.

-Quando se fala sobre segurança, é importante que vocês saibam que quando tu está preocupado com alguma situação, tu tem que falar aquilo. Eu estou preocupada com o fato... eu acho que está paciente não está bem, eu estou preocupada com isso, isso está me incomodando, e alguém tem que ouvir. (PM9)

- É, uma preocupação que tu tem que falar, tu não pode guardar pra ti, isso é fundamental. Tu acha que alguma coisa não está legal tu pode até não saber direito o que que é, mas tu tem que falar para alguém, que tu está preocupada com aquela situação, tu pode dizer... e é uma questão de segurança (PM3)

-Peca por excesso não por falta (PM5)

Um bom diálogo entre a equipe para o compartilhamento de preocupações e dúvidas relacionadas as intercorrências dos pacientes é visto como fundamental para o estabelecimento de uma comunicação efetiva, que vise diminuir falhas associadas aos cuidados a saúde. Esse aspecto é relevante uma vez que as falhas na comunicação são a terceira maior causa de eventos sentinela e o principal fator contribuinte de eventos adversos <sup>(212)</sup>.

Além disso, segundo dados do *Institute for Healthcare Improvement*, as fragilidades na comunicação entre profissionais de saúde foram associadas a 50% dos erros de medicação <sup>(213)</sup>. A necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde é uma problemática global, na Espanha, estudo multicêntrico realizado em 48 unidades de Atenção Primária a saúde de 16 Comunidades Autônomas, identificou que as fragilidades na comunicação entre os profissionais da saúde foi o fator contribuinte mais frequente, nos EAs <sup>(213)</sup>.

À luz do referencial teórico de Segurança do Paciente, entende-se que a comunicação é condição ímpar para o sucesso de qualquer atividade humana, sendo a base para a melhoria de grande parte dos processos, a melhor troca de informações possível é o objetivo de uma comunicação efetiva <sup>(215)</sup>.

Na obstetrícia, as modificações fisiológicas da gestação, o processo de trabalho de parto, cuidados no puerpério, amamentação e os cuidados ao RN, são situações que podem gerar dúvidas, angústia e insegurança as mulheres; sendo imperativo o empoderamento feminino em relação a esses processos. Para isso, estabelecer uma relação respeitosa de apoio e encorajamento, a partir de uma comunicação aberta e transparente, permite construir uma relação de confiança, elemento-chave para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente <sup>(121)</sup>.

A quinta meta é assegurar cirurgias seguras, para isso o MS adaptou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica desenvolvida pela OMS <sup>(216)</sup> e publicou o Protocolo para Cirurgia Segura como item do Programa Nacional de Segurança do Paciente para ser aplicado em todos os serviços operatórios de hospitais do setor público e privado. Sua finalidade é determinar as medidas para reduzir a ocorrência de incidentes e a mortalidade cirúrgica.

Na obstetrícia tanto os partos vaginais quanto as cirurgias cesarianas são na maioria dos hospitais realizados em centros cirúrgicos e as participantes, apontaram a falta de circulante de sala, de instrumentador e a má distribuição física das salas de recuperação como pontos que comprometem a segurança nos partos e nas cesarianas.

-Se tu tem alguém numa cirurgia qualquer, tu tem uma instrumentadora que está ali montando a mesa, que está ali te dando material, é outra vida, é mais seguro. (PM10)

-É tranquilizante. Na verdade o residente faz esse papel, mas dai tu fica todo tempo cuidando dos teus residentes, ver se eles não estão fazendo a coisa exatamente certa,

um profissional que já faz, tu já sabe, tu vai só se concentrar na cirurgia. E outra coisa na sala de cesárea, tem apenas um circulante para duas salas.(PM3)

-Se tu tiver duas cesáreas e uma parto ao mesmo tempo, deu.... (PM10)

-Então pra mim a falta desses profissionais é um dos principais fatores pra gente ter mais insegurança nos procedimentos. (PM10)

Em relação a cirurgia segura o grupo destacou a contagem de compressas. Essa técnica foi problematizada nas discussões, quanto à sua eficácia e reforçando a necessidade de mais profissionais no ambiente cirúrgico, como instrumentador, confirmado nas falas:

- Eu peguei a retenção de compressas, que a pouco tempo a gente teve um evento sentinela, desse tipo, a paciente voltou com o problema. Na realidade a gente vem com um trabalho intenso encima disso, reavaliando todos os nossos processos, embora a gente seja uma área cirúrgica a gente não tem instrumentador. Então a gente teria que fazer toda uma readequação da equipe, para que aja uma contagem minimamente pelo menos, do material. Porque é bem difícil tu individualizar a contagem (...) mas a gente conta, todo o fluxo é para que tenha contagem de compressas entre a equipe médica, é a equipe médica que está contando. A gente fez uma datação, porque a JCI faz questão que se conte compressas. E tu tem que ter toda a equipe engajada nisso. (PM9)

- Na área da cirurgia tem várias coisas que tu pode trabalhar, contagem de compressas é uma delas, mas tem que ter gente disponível para nós, é muito ruim o fato de não ter um instrumentador, o fato da gente nem sempre ter uma circulante fixa na sala, a circulante fica muitas vezes em duas salas, então tudo isso pode nos atrapalhar, (PM10)

Podem ser destacados, no caso da atenção ao parto, vários fatores de risco assistenciais que devem ser controlados relacionados tanto à estrutura como ao processo dos serviços obstétricos <sup>(75)</sup>.

Os dados sugerem um olhar mais atento às necessidades da equipe cirúrgica do CO, quanto aos fatores contribuintes relacionados à estrutura e ao processo na área obstétrica, sobrecarga de trabalho devido a falta de recursos humanos, que realize a instrumentação cirúrgica e infraestrutura adequada na sala de recuperação.

Com relação a infraestrutura, uma pesquisa que avaliou a adesão a implantação da Lista de Verificação do Parto Seguro, também destacou a falta de espaço físico do setor como prejudicial a dinâmica da implantação e utilização da lista, a inconstância dos setores onde estarão alojadas as parturientes e puérperas, muitas vezes determinam que as mulheres permaneçam internadas em locais inapropriados o que dificultava a aplicação da lista <sup>(217)</sup>.

Pode-se considerar cirurgias seguras na obstetrícia aquelas que os cuidados não colocam em risco a mulher e o bebê, como cesarianas com indicações claras e embasadas em evidências científicas, que sigam os checklist e protocolos das unidades, além do uso de partograma. Assim, na área obstetrícia, entende-se que seguir os protocolos assistenciais e *checklists* para evitar os riscos é de extrema importância. Isso foi percebido nas falas:

- Depende de que nível tu está falando, tem várias coisas que a gente faz para a segurança, nossos protocolos assistências é uma coisa que a gente está trabalhando bastante. (PM9)

-A saída é tu ter protocolo é a gente, nós vamos colocar lá na SR, os sinais e sintomas de choque, vocês vão ver como a gente se perde nisso e como a gente supervaloriza a alteração da paciente (PM5)

-Na verdade os protocolos estão sendo implementados, mas ainda está faltando sim, com certeza. (PE11)

-Ali [CO] a gente está implementando alguns assim, mas tem poucos aqui pra neo, pra recém-nascido no alojamento, devia ter mais, em termos médicos eu estou falando. (PM3)

-Foram muitas melhorias dos últimos anos, que aconteceram, que vieram como melhoria de segurança, tem algumas rotinas que eu acho que o problema é que se quebra o protocolo, eu acho que ainda é meio complicado a questão

As recomendações da OMS para tecnologias seguras de cuidado incluem as listas de verificação e protocolos assistenciais. A aplicação dessas listas de verificação é capaz de reduzir complicações e mortalidade decorrentes do ato cirúrgico, uma vez que determinam a realização de práticas obstétricas essenciais. Tendo em vista que 800 mulheres ainda morrem a cada dia em países de baixa e média renda, por motivos relacionados ao processo de parto, sendo 99% por causas que poderiam ter sido evitadas <sup>(65)</sup>.

A morte materna é considerada um evento sentinela. Assim, sempre deve ser investigado, para que suas causas sejam esclarecidas e corrigidas, pois ocorreu devido a uma falha no cuidado prestado. É um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, principalmente relacionado ao acesso, à adequação e à oportunidade <sup>(218)</sup>.

Sabe-se que são quatro as principais causas mais frequentes da morte materna: hemorragia grave; transtornos da pressão arterial (eclampsia e pré-eclampsia); infecções e aborto inseguro <sup>(219,220)</sup>. Considera-se ainda, a near miss materna, morbidade materna grave, definida como: situações em que mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, contudo, sobrevivem devido ao cuidado à saúde prestado <sup>(220)</sup>.

A gestação e o parto são processos fisiológicos, em sua grande maioria sem alterações, assim, a tomada de decisão e as intervenções devem ser cuidadosamente avaliadas em termos de risco e benefício, tanto para mãe como para o filho.

Vale destacar, à luz do referencial teórico, um conceito de qualidade adaptado ao contexto dos serviços obstétricos, definido como uma assistência oportuna e adequada, condizente com o conhecimento científico atual, visando os resultados esperados e respeitando os direitos reprodutivos <sup>(221)</sup>.

Referente à utilização de protocolos, as participantes refletiram sobre os riscos de que eles se expõem de cometer um erro quando, realizam alguma violação dos protocolos hospitalares. Fazem uma análise dos possíveis motivos e justificam, principalmente, devido à pressão das pacientes no momento das altas de seus bebês, conforme referido:

- Eu explico para os familiares que os médicos têm que atender os nenês da NEO primeiro, primeiro aqueles nenês que estão graves, e depois vem pra cá, então tem que aguardar. Porque aqueles nenês estão bem mais graves do que estes daqui que estão bem para ir pra casa. (PE2)

- Sim, eu digo quem pode dar alta pro bebê é só o médico, então tu vai ter que aguardar ele atender os outros pra depois ele ver quem esta em condições de ir embora. Porque pra elas é só o bebe delas (PT12).

- Depois de um tempo do bebê já ter nascido pra elas não interessa os bebês graves, nem um pouco, e não adianta eu não vou convencê-la de que o bebê da Joaquina que está morrendo lá é mais importante que o neném dela, que está pronto pra ir embora. Então eu já nem entro mais nesse método. (PT7)

- Outra coisa que eu não me estresso é violação do protocolo, toda vez que a gente viola o protocolo a gente ta sob risco de dar algum problema. O protocolo é tu examinar o bebê inteiro, tu só dar alta depois de 48 horas, (...). Aí cada paciente tem um motivo para ir embora antes, e se tu entrar nesse estresse do paciente, tu vai quebrar teu protocolo e cair num risco, num erro; Elas vão chorar para ir embora hoje, mas o protocolo é assim e foi feito porque é mais seguro e nós vamos manter a segurança. (PM10)

- Sim, mas também às vezes as mães mentem, tem exceções. Mas acho que esses protocolos estão escritos justamente para poder ter segurança das coisas (PTE2)

- Não dá para a gente fazer uma coisa sob pressão, quebrar regras sob pressão, é difícil quando tem muita gente e é difícil quando o hospital começa a te pressionar a quebrar, por questões do número de leitos. (PM10)

- Mas eu acho perigoso quando a gente passa por cima de regras e protocolos, isso altera a consciência da gente. (PE12)

-E eles estão ai pra isso mesmo, pra segurança (PT6)

- A gente não deve entrar na do paciente, e fazer as coisas direito, se não a gente vai fazer bobagem. (PE2)

Acerca das violações dos protocolos institucionais, as participantes ressaltaram questões como a puerpera dormir com o RN na cama, os profissionais caminharem com o RN no colo, essas pequenas atitudes são construções diárias e devem ser reforçadas por todos da equipe, e sinalizam o papel da enfermeira como fiscalizadora dessas atitudes, conforme aparece a seguir:

-Outra coisa, dormem com o RN na mesma cama [puérperas], então os familiares veem, é uma construção diária, tu tem que falar, esses dias tinha um residente caminhando com o nenê no colo, aí eu disse: “ah doutor, não me leva mal, mas se eu não falar a enfermeira vai ver e depois vai me chamar a atenção!” Porque não pode andar com o nenê no colo. (PT6)

-Ele “ai desculpa, eu não sabia!”, depois a colega que estava do lado já pegou o carrinho para pegar o nenê. Porque na verdade se ela entrar [a enfermeira], vai te perguntar (para a técnica), como tu fez o treinamento e não falou. Então, com jeitinho

saiu, eu não sabia como falar, mas dai tinha outra residente e já foi pegar os bebês com o carrinho também. (PT12)

Em relação aos protocolos assistenciais fica evidente que as participantes percebem a utilização desses como uma medida de segurança, referindo a necessidade de revisar alguns e de construir mais protocolos que auxiliem a assistência. Destacam também que o acesso a esses protocolos poderia ser facilitado, utilizando as tecnologias de informação da instituição. Conforme referido nas falas:

-Tem poucos protocolos. (PT7)

-Os protocolos assistenciais da enfermagem, estão sendo revistos e até tem aumentado bastante. (PE11)

-Essa parte também lá do CO está cheio de protocolos. Não acho que seja falta, eu acho que as pessoas desconhecem como chegar neles, tanto que eles estão fazendo agora uma campanha grande, o hospital, estão sendo todos os protocolos colocados no intranet do hospital, as pessoas tem que aprender a usar. (PT12)

-E as rotinas na Neo estão sendo revistas. Na verdade, eles estão sendo implementados (PM3)

-É difícil achar os protocolos, tinham que ser mais visíveis. Eu acho a intranet do hospital, mais difícil de achar. (PT7)

-Eu também tenho dificuldade de achar, às vezes eu mexo assim, mas quando eu quero mesmo, fico lá um tempão. (PE11)

-É um sistema difícil, acho que tinha que ser mais direto e realmente o acesso dele é dificultado. (PM3)

-Pouca gente eu acho que consegue acessar os protocolos. (PT12)

-Temos que sugerir, pra ficar um ícone ali na área de trabalho. Eles [profissionais da informática] podem salvar os protocolos. (PE11)

As equipes dos serviços devem estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com a legislação vigente e com as melhores evidências científicas. Para tanto, deve seguir as recomendações da área <sup>(121)</sup>. Todavia, conforme ressaltado pelas participantes, nem sempre as normas são cumpridas. Estudos indicam que a compreensão dos atos de violação possibilita a precoce identificação de situações vulneráveis à ocorrência de erro, corroborando com os achados, já que a transgressão dos protocolos é assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que possivelmente culminará na ocorrência de um erro <sup>(223)</sup>.

Vale salientar a relação entre a pressão, sobrecarga e o estresse com a violação das rotinas e protocolos, uma vez que essas condições são favoráveis à ocorrência de eventos adversos e comprometem a segurança do paciente <sup>(223)</sup>. Um autor, ao investigar a adesão aos protocolos nacionais de segurança do paciente, concluiu que o não cumprimento de ações

básicas relativas à segurança do paciente expõe os usuários a eventos adversos preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes <sup>(223)</sup>.

A sexta e última meta é relacionada a reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas e lesões por pressão. Na área obstétrica se percebe que esse risco é muito trabalhado tanto com as mães, quanto para proteção aos RN, principalmente por meio de orientações e do desenvolvimento de novas tecnologias como do uso do *sling*.

-Sempre oriento quanto ao risco de queda... a gente fala bastante das quedas, para não deixar as grades baixas, para chamar... (PT4)

- Esses dias eu tive uma paciente, a cama estava com a cabeceira baixa, estava as 3 grades levantadas, mas tinha uma que estava baixa porque ela pediu para não levantar, e ela caiu. (...) quando elas me pedem pra deixar [a grade] baixa para poder descer, eu digo não, quando tu quiser descer tu aperta a campainha, porque isso aqui é um risco para ti. (...) deixar as grades levantadas para não cair, de conferir a pulseirinha, quando cair a pulseirinha ou apagar a pulseirinha pedir para trocar, de não ir ao banheiro de pés descalços para não escorregar, de não ir sozinha na primeira vez. (PE 2)

-Para a segurança do paciente, do bebê, o *Sling* foi ótimo, é para carregar o neném com a mãe, porque antes a mãe ia com o bebê no braço, a gente carregava até a maternidade ou elas vinham buscar, tinha que toda hora estar cuidando, para não cair, agora isso que desenvolveram é uma coisa bem boa, achei bem legal. (PT 7)

-Um deles é o cuidado que a paciente não pode sair sozinha do leito, a gente acompanha a mulher ao sair do leito, para ir no banho. Com o bebê também, ainda mais agora, o bebê tem que ficar no berço, não pode dormir com a mãe, tem que ficar com as grades altas. Orientar que a paciente não pode sair do leito então campainha tem que ficar bem próxima a ela... (PT 4)

-As grades nas janelas que não tinham... (PE11)

- Ah, sim eu sempre tive muito medo disso aí [a falta de grades na janela] (PM10)

-Até o banho do bebê, com a nova técnica se enrola num paninho, se tornou mais seguro até para dar o banho, que antes escorregava no que a gente pegava, então uma questão de segurança também. Várias coisas são feitas para segurança (PT 6)

-De levar de um andar para o outro na cadeira. (PT 12)

-As orientações que a gente faz de não deixar a paciente sozinha, que ela tem direito ao acompanhante, a gente pede para acompanhar elas o tempo inteiro pelo risco de queda (...), mas a gente tem feito um bom trabalho, em termos de cuidados seguros, sem dúvidas. (PM10)

As quedas são um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, acarretando consequências para o indivíduo, os familiares, os profissionais, e para as instituições de saúde <sup>(224)</sup>. Portanto, é fundamental sua correta caracterização, evidenciando suas especificidades. Na área obstétrica, o risco de queda é dobrado, é tanto para a mulher quanto para o RN. Neste estudo as participantes, demonstraram que essa meta, está incorporada nas unidades, recebendo apoio interprofissional para atentar aos fatores de risco e prevenção.

Percebe-se que a área de atendimento obstétrico é um setor de alto risco para as quedas, quando relacionadas as mulheres, são quedas fisiologicamente previsíveis devido a elevada predisposição para quedas pelas suas inúmeras alterações fisiológicas <sup>(225)</sup>, tendo como fator intrínseco, segundo as participantes, o período do puerpério imediato, relacionado a hipotensão supina, hipovolemia e uso de fármacos. E como fator extrínseco as macas, cadeiras e a necessidade de transporte entre unidades. Assim, as participantes salientaram a orientação, o cuidado mais próximo e a presença do acompanhante como dispositivos de prevenção.

Quando relacionados ao RN, apresentam elevado risco e sendo quedas fisiologicamente previsíveis devido a grande predisposição <sup>(225)</sup>. Porém, esses sofrem muito mais fatores extrínsecos, relacionados aos dispositivos de transporte, por serem conduzidos no colo, no período de transferência entre as unidades, quando erroneamente dormem no leito junto com a mãe e no momento do banho.

Alguns dos dispositivos de prevenção utilizados foram a educação permanente entre os profissionais, monitorização constante, orientação com as mães, uso de sling para transporte e técnicas mais seguras no banho.

Na categoria temática “Processo de trabalho e as fragilidades na área obstétrica”, foram discutidas e destacadas algumas especificidades que, na visão das participantes, são pontos de melhorias para a segurança do paciente.

A alta expectativa das gestantes e familiares em relação aos resultados positivos do processo de parto e nascimento, foi apresentada como um desafio do cuidado em relação a segurança do paciente na área obstétrica, apresentadas nos trechos que seguem:

- Dentro da obstetrícia a segurança do paciente é algo muito significativo, porque a obstetrícia a gente diz que é uma especialidade de altas expectativas. O teu cliente, a paciente, a família, eles só entendem que uma mãe que entra dentro de um hospital com um bebê dentro da barriga, que tudo tem que dar certo. Então a expectativa em relação ao paciente obstétrico, sempre é muito grande. (PM9)

- Obstetrícia é a área mais processada, se sabe disso, por causa da alta expectativa, na realidade. As pessoas só entendem um resultado favorável, elas não entendem, se aconteceu algum desfecho que não era o esperado, ela sempre vai achar que houve um erro, e muitas vezes não houve um erro, mas tem muitas vezes que sim né?! (PM10)

- Ninguém espera um mau resultado em obstetrícia, todo mundo que vem para um hospital para a paciente ganhar o bebê. O desfecho que se espera é favorável, então tu ter um desfecho que não é favorável é extremamente desgastante para todo mundo, um sofrimento para a família e para a equipe. (PE11)

Essa alta expectativa, se estende aos profissionais também, podendo influenciar na segurança do paciente, conforme foi pontuado nos debates:

- Eu estava pensando, como eu vejo, por exemplo, os RN e as mães também da unidade obstétrica. O que tu imaginas? Que seja tudo normal. Quando tu chega aqui

tu imagina que o bebê e a mãe estejam bem. Sabe quando a gente recebe no Facebook aquelas coisas que dizem assim “descubra as letras”, na minha cabeça eu penso assim (...) Até porque os nenéns, são sempre uma caixinha de surpresa. Todos eles não têm problema cardíaco, mas um em não sei quantos vai ter. Se examinar ele já pensando que não tem nada, eu vou deixar passar. Se eu olhar o F como se fosse E eu vou deixar passar. (PM5)



Fonte: google imagem- Imagem meramente ilustrativa

- Tem que pensar o contrário, tem que pensar que aquele ali pode ter o erro, pode ter algum problema (PE8)

- Então eu aprendi isso, que sempre pode ser aquele que teve alterado, pode ser exatamente esse. É olhar todos eles pensando que aquele ali pode estar doente, e com as mães eu acho que é a mesma coisa; se eu colocar uma mãe aqui dentro, todas elas estão bem, todas estão sem sinal de problema, mas se eu pensar assim vou deixar passar. (PM10)

As maternidades são setores de saúde singulares, pois cuidam, ao mesmo tempo, de duas pessoas que comumente saudáveis. Tanto a gestação quanto o parto são processos naturais, desta forma todas as intervenções devem ser minuciosamente avaliadas em termos de risco e benefício tanto para a mulher quanto para o bebê.

A morte materna é um EA grave, mas é evitável. Quando ocorre, traz graves repercussões a todos os envolvidos, às famílias, a instituição de saúde e a sociedade. Em relação aos profissionais, é notório que gera angústia, conflitos e tensão entre os membros das equipes. Autores reforçam que isso ocorre pelo fato de engravidar, ser um processo natural da reprodução humana, e quando um EA ocorre assume-se a negligência, porque a grande maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas <sup>(226)</sup>. A morte materna desvela e assume as fragilidades do sistema e isso choca os profissionais da saúde.

Outro dado discutido pelo grupo foi em relação ao entendimento que as orientações de enfermagem realizadas às mulheres podem ser uma barreira de segurança, em todo o processo de parto e possibilitando um desfecho favorável no cuidado. Esse aspecto é esboçado nos trechos que seguem:

-Eu sou enfermeira da maternidade, eu entro num segundo momento que é dando continuidade no cuidado dessas mulheres [no atendimento da puérpera], que é dando orientação para a mãe lá em baixo [maternidade]. Porque daí eu dou a orientação de uma maneira que ela possa entender (PE2).

- As orientações servem como barreira também! (PM3)

Ademais, fazendo alusão às orientações, o grupo debateu que se essas não forem planejadas e realizadas em momentos oportunos, respeitando a fisiologia do parto e o processo emocional das gestantes e puérperas, podem não ser efetivas e dificultar o entendimento dessas, como percebido no debate:

- Trazem a paciente e tem que dar um tempo para ela se ajeitar, porque nesse momento ela está preocupada em tomar banho, ou se é o nenê que está na neo, ela está preocupada, daí como que eu vou fazer orientação?! (PE2)

- Mas o puerpério não é o melhor momento de dar informações (PM3)

- Isso que ia falar, o momento que foi realizada as informações não foi o momento certo, às vezes quando o nenê nasce, a mãe está com toda aquela adrenalina, e aí a gente vai mostrar a pulseirinha naquele momento, ela não vai entender se está certo ou não. As vezes ela diz que sim, que é o nome dela, e depois tu vai ver estava errado. Tem que ter uma estratégia... (PT4)

- Mas não sei como, porque antes do parto também não é possível, que ela entenda e vocês as vezes não estão nem conseguindo respirar. (PM3)

-A mulher está em trabalho de parto cheia de contrações, cheia de dor, E a gente mostrando pulseirinha pra ela... (PT1)

- Tem que ser antes [do parto]. (PT4)

-Eu mostro para o acompanhante as vezes. (PT1)

-Ela nem está ali naquele momento, é o momento que ela só concorda. (PM5)

-É isso que eu digo, quando ela chega lá embaixo para mim [maternidade] ela vai dizer que não, "eu não recebi orientação nenhuma", quando na realidade eu sei que ela recebeu, entendeu! (PE11)

- Acontece muitas vezes na maternidade disso, a gente faz uma orientação a paciente e depois, a tarde chega uma outra colega e elas "não, ninguém me orientou!" Ou então dizem: lá no centro obstétrico ninguém me disse isso. Quando tu sabe que na realidade essa orientação foi dada. (PE2)

Foi perceptível nos diálogos que algumas profissionais tinham conhecimento dos conceitos fundamentais que tangenciam a segurança do paciente e que são preconizados pela OMS. Em suas falas relataram entender a segurança do paciente conforme essas definições, contudo, relacionavam com os riscos associados as patologias de base dos pacientes, conforme segue:

- Eu entendo segurança como tu não causando prejuízo ao paciente na tua prestação de assistência e essa que é a definição da OMS, meu primeiro entendimento. Eu não vou determinar ao paciente prejuízos adicionais, tem coisas que podem acontecer em função da patologia ...que não dependem só do paciente, tem algumas patologias, um paciente de alto risco tu sabe que tem algumas, alguns eventos que tu não gostaria que

acontecessem, mas que tu não pode prever, vão acontecer devido a patologia. Mas a segurança que tu vai tentar trabalhar é aquela, de tu não causar um prejuízo adicional ao paciente. (PM9)

-Tu tem prejuízo. E tu tem muitas possibilidades, tem todas as possibilidades, desde a parte de diagnósticos, da parte do tratamento, da parte da assistência direta, como por exemplo: do paciente, da identificação, do cuidado de seguir protocolos, de segurança pessoal mesmo, por exemplo no sentido que falaram de acesso a pessoas que tu não sabe quem são na unidade. Então assim: tu tem segurança em tudo, tu pode definir coisas de segurança em todos os níveis de cuidado, e em todo o processo, quer dizer, o paciente entrou dentro do hospital ele está correndo um risco por estar dentro do hospital. E a gente sabe que isso existe. (PM10)

- O paciente entrou dentro do hospital, ele corre um risco, por estar dentro de uma instituição de assistência à saúde então quando tu vai trabalhar com segurança, tu vai ter que trabalhar no entorno dessas coisas. (PM9)

- Até porque o *boom* da segurança começou em 2005, 2007 foi com a com o relatório americano em que eles comparam que o erro na assistência, por exemplo nos estados unidos, onde foi feito esse levantamento, mata mais do que a AIDS, mata mais do que com acidentes com arma de fogo, mata mais do que acidente automobilístico. O erro na assistência. Obviamente junto com a morte vem todo o custo?! Não só emocional, mas tem um custo financeiro muito grande, então se passou a trabalhar com a segurança a partir dos anos dois mil. (PM10)

Estudos mostraram <sup>(227)</sup> que se aprende com mais facilidade quando um colega (um igual) explica sobre determinada assunto. Além disso, quando um participante realiza uma explicação aos colegas, sente-se valorizado pelo grupo, reforçando o seu conhecimento acerca do tema <sup>(227)</sup>. Essa troca de papéis e de conhecimento demonstra a possibilidade de valorizar e respeitar o entendimento de cada participante.

O grupo discute sobre o processo de trabalho ainda não ser seguro, referindo-se a rotinas das unidades que poderiam ser melhoradas com pequenas modificações no cuidado. Para isso, ponderam a importância de parceiros que tragam um “olhar de fora”, por se tratarem de construções antigas nas quais elas estão imersas e, muitas vezes, não conseguem perceber o que poderia ser reorganizado. Sobre esse processo de mudança elas referem que toda mudança depende tempo e receptividade dos profissionais, conforme identificado nos debates:

-Eu acho que por melhor que a gente consiga fazer o trabalho da gente, eu acho que o processo não é um processo bom, a gente conversando aqui a gente vê... “porque a pulseira não vem junta?” E são coisas assim, super pequenas que é só olhar de fora uma coisa e se pergunta porque não faz assim, faz assado... (PM5)

-Eu estava fazendo avaliação de uma unidade cirúrgica, e tinham problemas com o kit deles de controlados e a maioria dos eventos era que quando eles tinham que romper o lacre tinha medicação já reutilizada, (...) e a gente foi olhar para esse problema “e porque tu não confere isso antes, para que não fique assim, é que eu fecho o relatório assim...” (PM5)

-É! Só um pequeno detalhe, que não precisa fechar assim, daí quem vai abrir o paciente sem o relatório estar assinado... eles nos disseram “é tem razão!” E é isso que nós descrevemos no relatório... (PM5)

-Às vezes é melhor uma pessoa de fora, é só o olhar de fora (PT4)

-Eu acho muito legal é essa troca, (...) porque no momento em que tu conversou com ela tu viu alguma maneira de melhorar a situação, (...) E outra coisa também que eu acho muito importante, é as pessoas estarem receptivas para receber esse tipo de... mudança, porque todas as mudanças são difíceis e muitas vezes a pessoa tem que mudar daí fica trancada, trava porque não sabe como a outra vai reagir. E digamos que é muito difícil a mudança ... (PE2)

- Ah, faz 10 anos que eu faço assim... (PM3)

-É que isso vem de uma outra época, e muitas vezes para ti mudar um processo, é muito complicado e demorado, as vezes tu vê que está caindo de maduro ali que tem tomar uma notificação, mas daí tu vai devagarzinho, tu tem que ser persistente, não desistir nunca. (PM9)

O entendimento e a autocrítica das participantes ratificam que elas percebem a necessidade de mudança e que estão sentindo-se envolvidadas e mostrando-se acessíveis. Mesmo sabendo que não é um processo simples, elas demonstraram-se motivadas a melhorar os processos e isso, de acordo com o referencial, é um aspecto positivo para o fortalecimento da cultura de segurança, uma vez que os processos de melhorias são contínuos e que os profissionais precisam ser ativos e participativos<sup>(147)</sup>. Esse dado contrapõe pesquisas na área que destacam o excesso de confiança predominante em profissionais de saúde, que propicia que não percebam a necessidade melhorar o desempenho de suas funções<sup>(217)</sup>.

Quando questionadas acerca da organização do processo de trabalho, tendo em vistas as diversas atividades que precisam desenvolver, destacam algumas especificidades da área obstétrica. Demonstradas no diálogo que segue:

-Tem pessoas que conseguem fazer muitas coisas ao mesmo tempo e outras pessoas que não conseguem... (PT3)

- É que o problema do CO, e na maternidade é que as crianças não se organizam, se nascessem uma por hora... [risos] (PT1)

-Seria uma maravilha [os nascimentos fossem organizados]! [Risos] mas vem 20, três a cada hora... (PT1)

- É muito oscilante a carga de trabalho, as vezes tu está com um cobertor mais curto (refere-se ao número de profissionais) (PM5)

-Olha só, para ti ter uma ideia, eu que recebo as pacientes do centro obstétrico, eu sou sozinha de noite, na maternidade, [fica uma enfermeira]. E aí o que acontece, as vezes a “fulana” me passa 10 pacientes lá do CO, não é tanto assim na mesma hora, mas é 4, 5, que ela me passa na mesma hora. Obvio, ela precisa de leito lá encima, tem que me passar, tem que ser feito. (...) Daí eu cheguei e disse assim para ela: “tu me dá só um tempo para eu organizar, para eu receber essas 4 e eu já pego essa tua 5º, eu disse para ela”. (PE2)

Na assistência materna e neonatal não são raras as situações onde o suporte mútuo é fundamental para uma boa performance da equipe de trabalho. Percebe-se a existência desse suporte entre as participantes, ao referirem que quando um setor está sobrecarregado e o outro está menos, nesses casos, a oferta e solicitação de ajuda podem melhorar a qualidade da assistência. De acordo com autores da área, esse processo só ocorre se uma cultura de suporte mútuo estiver presente na instituição <sup>(221)</sup>.

O tempo de permanência da puérpera e do RN no hospital após o parto ou cesariana é observado como um indicativo de falha no processo assistencial, sugerindo uma possível sub-identificação de riscos relacionada ao puerpério imediato, dentre eles, o risco de hemorragias e infecções puerperais, como pode ser percebido nas falas:

-A visão de quem está na sala de recuperação ou na sala de parto, é que não queremos nunca, jamais que a paciente saia daqui [da unidade] e fique mal porque precisou de sangue, e teve que fazer uma transfusão. Então o cuidado é bem maior, pelo risco dela ficar mais tempo no hospital, o risco de ocupar mais um leito. (PT6)

-Uma das coisas que a gente sempre fala é isso, quanto menos ela sangrar mais rápido ela vai embora para casa, mais tempo vai ficar com o nenê. Porque ela veio ganhar neném, ela não chegou com uma doença. E quando tu vê muito sangue tu já pensa no risco... (PT12)

- É difícil um paciente com sangramento ali na UIO, o que acontece quando temos uma paciente para transfundir, não é uma paciente que sangrou ali na UIO, é sangramento lá de cima (CO), então a paciente já tem histórico, sangrou muito em sala, sangrou muito em sala de recuperação, e vai acabar precisando transfundir. Ou até já vem anêmica desde o pré-natal, mas é raro porque elas já vem estabilizadas lá de cima. (PE2)

- A permanência materna um dia a mais, que não seria só materna, mas seria dos dois a mais do que o padrão após o parto vaginal e cesariana, porque a gente tem uma sobrecarga grande ali no alojamento conjunto, e volta e meia a gente tem mãe fazendo o puerpério no corredor do CO, porque não tem vaga para descer. (PE8)

Observa-se que a própria definição de evento adverso, refere-se ao prolongamento do tempo de permanência como consequência do cuidado de saúde prestado <sup>(121)</sup>, assim a preocupação com o tempo de permanência materno e neonatal a mais do que o preconizado, pode ser avaliado como um indicador importante da assistência.

Em um estudo recente, ao avaliar a duração da internação hospitalar nas maternidades, constataram que o tempo maior de permanência poderia ter ocorrido por problemas na assistência <sup>(153)</sup>. Este mesmo estudo, avaliou a implementação da lista do parto seguro, e concluem que seu uso esteve associado a um menor tempo de internação <sup>(153)</sup>.

Entre alguns indicadores de qualidade na UTI neonatal, pode-se utilizar os padrões da Rede Vermont Oxford <sup>(228)</sup>, que também avaliam o tempo de permanência. Uma revisão de

literatura <sup>(229)</sup> mostrou que o aumento do tempo de permanência em serviços de emergência é o principal marcador da superlotação.

Pondera-se ainda que o risco de sangramento, foi salientado nas discussões em todo o processo de nascimento, desde o pré-natal (referido anteriormente) até o pós-parto, sendo essa preocupação condizente à importância dessa intercorrência na assistência obstétrica e observada nas falas:

- Tem um projeto do Ministério da Saúde que é o zero morte materna por hemorragia, porque os índices são altos e é o tipo da morte totalmente evitável. Daí tu pensa, o quanto tu pode evitar uma morte por hemorragia. (PM5)
- No pós parto, principalmente se aconteceu alguma complicação a gente já fica sempre alerta. (PT4)
- A gente avalia quando vai massagear o útero, e tu já sabe, (...) daí tu comunica a enfermeira e ela avalia o sangramento (PT1)
- Tem aquele número que vai sangrar independente da tua classificação. Uma coisa que é difícil (...) a gestante, em geral, elas são saudáveis, então elas demoram muito, e como tu já tem um aumento do volume de sangue digamos assim durante a gestação ela demora muito para manifestar o sinal de choque, só que daí quando ela manifesta tu sai correndo, daí tu não tem muito tempo. Na realidade a saída é ter um protocolo bem definido e nós vamos colocar lá na SR, os sinais e sintomas de choque, vocês vão ver como a gente se perde nisso e como a gente desvaloriza a alteração da paciente (PM5)
- As nossas pacientes sangram muito e a gente pode melhorar muito, temos muita coisa para melhorar (PE2)

Percebeu-se certo despreparo da equipe para lidar com os riscos de hemorragias puerperais, mesmo sendo essa uma das principais causas de mortes maternas, porém, demonstraram motivação para melhorar suas práticas. A literatura indica que falhas na assistência ao parto provavelmente se relacionem ao manejo das parturientes com hipertensão ou quadros hemorrágicos graves <sup>(225)</sup>. Práticas simples e efetivas relacionadas à segurança do nascimento são comumente negligenciadas, porque a maioria dos eventos adversos é classificada como eventos evitáveis <sup>(225)</sup>.

Entre as fragilidades e potencialidades do serviço obstétrico, uma questão fundamental que foi discutida, foi em relação ao desenvolvimento das boas práticas na obstetrícia. Em outros momentos a não realização dessas foi associada com a falta de estrutura física adequada e a falta de enfermeiras obstétricas. Destaca-se aqui algumas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, que são realizadas nessas unidades, e como a equipe as percebe. Identificadas nas falas que seguem:

- A gente usa a crioterápia, usa a bola de deambulação, usa a maca, as vezes o cavalinho também. A gente tem as vezes a banqueta, os arcos. (PT7)

- No início a gente não tinha uma boa aceitação médica, mas aos poucos eles foram valorizando, quando veem que realmente dá certo. Agora até eles [equipe médica] pedem. (PE8)

-Para a equipe médica é uma opção que tu tem, uma opção interessante, que ajuda bastante, porque anestesista nós temos um de plantão. E então dá para fazer um monte de coisas. (PM5)

-É a gente gostaria de ter mais analgesia de parto, a gente gostaria de poder disponibilizar 100% analgesia de parto. Agora, a gente não tem isso disponível, e o método não farmacológico é uma boa opção realmente, é uma opção que se pode usar.(PM3)

-Até porque o método de alívio da dor não é assim, tu tem que explicar tudo para a mulher, porque que é importante ficar lá, e ficar observando e ajudando, e as vezes demanda tempo e gente (PE8)

As questões de promoção da qualidade nos Serviços de Saúde de Atenção Materna e Neonatal seguem a RDC/ANVISA de 2011, a qual dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Isso é de fundamental importância, uma vez que a baixa qualidade do cuidado em partos institucionais é reconhecida como o maior fator de risco para desfechos negativos relacionados ao parto <sup>(229)</sup>.

Assim, de acordo com a resolução acima, os serviços devem seguir boas práticas de funcionamento, que são componentes para garantir a qualidade, que asseguram que os serviços são ofertados dentro de padrões adequados (na organização envolvendo estrutura, processo e resultado). O seguimento destes padrões, podem levar à redução dos riscos inerentes aos serviços de saúde, melhorando assim a qualidade e segurança na assistência.

Tendo em vista que na área de atendimento obstétrico os serviços variam muito em relação às rotinas, os cuidados e a assistência à saúde oferecida <sup>(133)</sup>. Ressalta-se que as boas práticas em obstetrícia são cuidados embasados em evidências científicas. Para ajudar na condução dos fatores da saúde materna que podem atuar negativamente nos resultados <sup>(231)</sup>.

As boas práticas utilizadas na assistência à gestação e ao parto vem sendo promotoras das experiências exitosas nos processos obstétricos e são efetivadas pela redução de desfechos perinatais negativos <sup>(232;233)</sup>.

Vale salientar, as recomendações da OMS e as do MS que incentivam o uso das boas práticas obstétricas, criando categorias de recomendações (níveis de evidências), para fortalecer a aplicação correta das boas práticas e promover uma assistência adequada no momento do trabalho de parto e parto, visando uma assistência baseada no alívio da dor, conforto físico e emocional, liberdade de escolha e suporte necessário, ajudando e empoderando a mulher a vivenciar o processo de parturição de forma mais segura, tranquila e satisfatória <sup>(221, 231,234)</sup>.

Pondera-se ainda que o excesso de intervenções e a falta de boas práticas, podem estar relacionadas a eventos adversos de menor gravidade, como lacerações de períneo, cefaleia pós-raquianestesia e episiorafias, que podem surgir em períodos posteriores <sup>(235)</sup>. Esses eventos adversos não significam risco importante de morte para as mulheres, mas podem causar desconforto para a vida sexual e reprodutiva, além de repercussões para o RN, tendo assim grande relevância.

### 4.3 Fortalecimento da Cultura de Segurança na atenção obstétrica

Esse tema surgiu a partir da aproximação das temáticas que foram abordados nas discussões como proposições positivas a mudança. Foram discutidas estratégias que poderiam ser viabilizadas tendo em vista práticas seguras, denominando a categoria temática “Estratégias apontadas para a prática da segurança e a cultura de segurança”.

Antes de discutir os achados, pondera-se que investigar junto aos profissionais quais as melhores estratégias que podem contribuir para a segurança do paciente, é ação sugerida pelo referencial teórico e pelo PNSP<sup>(15)</sup>. Todavia, a maioria dos estudos realizados utilizam levantamentos quantitativos para analisar a cultura de segurança e sinalizam melhorias abrangentes de intervenções, as quais, nesta abordagem são consideradas vagas por não alcançar a subjetividade e as especificidades da área obstétrica, por não explicitar seus fundamentos, e aplicações interligadas aos profissionais <sup>(102)</sup>.

Os profissionais sinalizam que saber priorizar as atividades e não aceitar desenvolver muitas tarefas ao mesmo tempo, ajuda a garantir um atendimento mais seguro, conforme as falas a seguir:

-A gente não pode aceitar fazer muita coisa ao mesmo tempo (PT4)

-É o que eu penso sobrecarregar, quando tu tem muitas coisas assim, eu já coloquei isso na cabeça, que tu tem que priorizar. (PT1)

-Por exemplo se eu estou nos bebês, e eu tenho tres bebês, é bastante, então assim, eu vou priorizar, vou atender todos, mas um de cada vez, porque eu não sou um polvo ... faço um de cada vez para fazer bem feito (PE2)

Os centros obstétricos são ambientes agitados na maior parte do tempo, as UIO, não tanto, mas de forma geral os serviços de saúde são complexos. Além disso, existe a limitação de tempo e a realização de muitas tarefas complexas que requerem atenção. Esses fatores, sobrecarregam os profissionais o que aumenta ainda mais a complexidade do seu trabalho e, muitas vezes, podem dificultar que os profissionais concluam com êxito suas tarefas <sup>(236)</sup>.

Dessa forma, sugere-se, em consonância com a literatura, algumas estratégias para reduzir as interrupções, como por exemplo: distinguir entre o que é vital e valioso; e saber priorizar as tarefas. Essas atitudes podem gerar mais tranquilidade e atenção nos cuidados, bem como deixar de assumir trabalho adicional, a fim de evitar muitas atividades ao mesmo tempo. São sugestões complicadas, especialmente para os enfermeiros, devido ao hábito de “abraçar o mundo”, sendo necessário aprender a delegar principalmente funções burocráticas para o reconhecimento de que não é preciso fazer tudo e assumir o trabalho de outros profissionais para serem competentes <sup>(237, 238)</sup>.

Em distintos momentos foi discutido o papel da gestão do hospital para a efetivação da segurança do paciente. Para as participantes, essa precisa ser uma preocupação real da administração geral, sendo demonstrada por ações de investigação e engajamento. Destacaram a rotatividade das chefias como uma estratégia para horizontalidade da gestão e maior envolvimento de todos os profissionais, conforme observado nas falas a seguir:

-Então vamos conseguir minimizar a possibilidade de erro se trabalharmos em cima disso, tem que ir atrás, tem que ir buscar, tem que ver aonde se pode melhorar, tem que ver o que está acontecendo que não está bem, para que a coisa realmente possa ser cumprida. É muito amplo, é ambicioso é um trabalho que realmente só vai funcionar se tiver dentro da instituição um aval, que a administração central do hospital queira que isso aconteça. (PM9)

- Uma coisa importante temos aqui, que é novo, é a rotatividade nas chefias, as pessoas não ficam muito tempo, para poder trocar, é uma coisa legal, tu aprende e troca também (...), e aí vem outra pessoa nova, e daqui a pouco tu tá de volta, vários serviços estão funcionando assim, é quem faz a gestão naquele tempo (...) tem sempre gente nova, com o olhar novo, é como prefeito não dá pra querer mudar tudo pouco tempo, tem que entender e agregar coisas boas, mas acho que é uma coisa de maturidade do sistema, porque daí todo mundo tem que entender e aprender. (PE8)

As estratégias de chefias compartilhadas ou rotativas, favorecem que todos os profissionais estejam engajados e atuantes no melhoramento dos serviços. Proporciona aos profissionais assistenciais entenderem o papel de gestor e dos gestores entenderem os fluxos assistenciais. Matendo assim aproximação entre o olhar da gestão às reais necessidades da equipe.

Isso vai ao encontro do que a literatura sinaliza como importante para a organização dos serviços obstétricos, tendo em vista que os gestores precisam além de apropriação do arcabouço teórico e conceitual da qualidade em saúde e da segurança do paciente, incorporar métodos para conhecer e monitorar suas realidades, implementar práticas a fim de prevenir incidentes, capacitar as equipes de saúde e criar um ambiente voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente <sup>(22)</sup>.

Outra estratégia indicada diz respeito ao processo de formação. As participantes revelam que a simulação clínica é um método para sensibilizar equipes e gestores sobre as questões que envolvem a segurança do paciente, segundo a fala dos participantes:

- E como foi mostrado isso para vocês? Como foi demonstrada a importância para a segurança do paciente? (Pesquisadora)

-No momento em que foram feitas simulações, e daí a gente pensa “ bom, mas tu sabe que isso pode acontecer mesmo... (PT12)

-A simulação é importante para ti entender a importância disso para a segurança do paciente, de tu entender mesmo que isso poderia acontecer. (PT6)

-A simulação é uma coisa que te ajuda a ver que isso pode acontecer e a tu ter medo que aconteça... (PE8).

O treinamento de equipes multiprofissionais em situações de simulação, com manequins ou atores, é de extrema importância para melhorias na assistência obstétrica, uma vez que capacita a equipe no manejo de situações emergenciais sem colocar em risco a vida dos pacientes.

Um estudo evidenciou que com a prática simulada, os obstetras melhoram suas habilidades técnicas e de comunicação e assim em última instância, pode melhorar os resultados clínicos, sendo sugerida a sua incorporação em programas abrangentes de segurança do paciente <sup>(239)</sup>. O ideal é que essas ações sejam realizadas no próprio local de trabalho, por meio de rápidas aulas teóricas, seguidas por treinamento prático e discussões posteriores sobre o desempenho de cada um <sup>(133)</sup>.

Nos encontros, em diferentes momentos o grupo destacou a importância da acreditação do hospital como um gatilho para a cultura de segurança e segurança do paciente, abordando isso de forma motivada e instigante:

-A primeira acreditação desse hospital foi em 2013, mas isso foi entrando mais nos últimos anos, eu sei que tem muita coisa para melhorar, mas eu tenho certeza que o passo está dado. (PM5)

- Ah, acreditação foi um gatilho importante, foi um gatilho educativo que para todo mundo foi importante. (PM3)

- Eu lembro de uma foto feita na época para acreditação, onde tem todo mundo abraçando o hospital... é uma foto super bonita, para mim aquela foto é de cultura de segurança do paciente, que a gente criou aqui, trabalhando com um tema [segurança do paciente] que antes o pessoal nem sabia o que que era. (PM5)

- Acho importante ter essa acreditação, que foi para o pessoal começar a se alertar mais, a pensar mais... (PE2)

-Eu acredito que a JCI nesse ponto é muito importante porque ela visa, basicamente, mais do que o atendimento, assim a coisa médica em si, ela visa muito a qualidade e a segurança do paciente, então eu acho que nós estamos começando a seguir os critérios, os elementos de mensuração da JCI, a gente foi se adequando (PM10)

-A segurança do paciente sempre foi cobrada, mas agora, com a questão toda que o hospital está sendo avaliado [processo de acreditação], se tem mais ainda, nos últimos anos, vem sendo mais, cada vez mais. É bem cobrado assim... com certeza verificar se é o paciente em si é uma segurança para ele e para o familiar também. (PT12)

O processo de Acreditação Hospitalar atua como importante promotor de mudanças na instituição, com destaque a cultura organizacional positiva, o atendimento pautado nas necessidades dos pacientes e a gestão de processos voltada às práticas seguras. É considerada uma das estratégias adotadas para melhorar a qualidade e a produtividade nas organizações de saúde <sup>(180)</sup>. Pesquisa ratificou que a acreditação hospitalar tem capacidade de gerar melhorias relacionadas à gestão dos processos, satisfação dos pacientes e desenvolvimento de profissionais de saúde <sup>(181)</sup>.

Quanto às fragilidades relacionadas as orientações fornecidas às pacientes, foram discutidas estratégias para o fortalecimento desse cuidado, como ter um ambiente adequado, com privacidade, em momentos de receptividade da paciente, respeitando a fisiologia do parto, partindo da premissa da objetividade e clareza, conforme referido:

-Então eu acho que tem que ter o momento certo. Eu acho que tem que ter orientação. Então, tem que ter o momento certo para que ela possa entender essa orientação e tem que ter o lugar adequado para que ela possa entender essa orientação, tipo: sala de parto não é o local adequado para ela entender a orientação. (PE2)

-Eu tenho que entender que essa orientação que eu vou fazer para a mãe tem que ser clara, que ela possa entender o que eu estou orientando, porque não adianta eu orientar sobre segurança e ela não entender, ela está no celular ela está cansada, ela está com dor, está com sono, então não adianta eu passar todas as orientações sobre segurança do paciente naquele momento assim, em um momento que ela está fragilizada. Então, as vezes eu espero mais um pouco. (PT4)

Todos os profissionais da saúde têm compromisso com a qualidade das orientações, para as informações serem efetivas. Diversas são as dificuldades para uma comunicação efetiva. Em relação a assistência as mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto, os fatores, fisiológicos, de dor, ansiedade e medo, dificultam ainda mais essa comunicação.

Destaca-se aqui que a(o) enfermeira(o) obstetra possui um papel importante nesse momento da assistência, pois as orientações são práticas essenciais nesse período, auxiliam a tranquilizar as parturientes ao bom percurso de trabalho de parto, além de incentivar o contato precoce, favorecendo questões fisiológicas do RN, estimulando o vínculo entre mãe e filho potencializando a promoção do aleitamento materno <sup>(240)</sup>.

Como estratégia para a melhoria na comunicação na atenção ao processo de parto e nascimento, inexistente uma única condução para todos os contextos. Etende-se que mais do que meramente transmitir informações, nesse processo, é necessário respeitar os períodos clínicos

do parto, realizar a escuta ativa e qualificada, bem como interagir atentamente com as mulheres, de forma clara, calma e respeitosa.

Sobre o cuidado de identificação das pacientes e dos RN, o grupo faz sugestões de como poderiam otimizar a utilização das pulseirinhas, identificadas nas falas:

- Isso! A pulseirinha serve como barreira, e se ela fosse numerada, seria melhor ainda, se nós tivéssemos uma pulseirinha para a mãe com duas pulseirinhas ao lado com a mesma numeração, e aí lá [na hora do nascimento] só cortaria a pulseira da mãe, colocaria a maior nela e as duas pequeninhas para o bebê com a mesma numeração. (PT1)

- Precisariamos informar quando o bebê nascesse: “estamos cortando tua pulseirinha e essas duas pequeninhas vão no bebê, com a mesma numeração”. Seria melhor ainda, mas nós não temos... (PT4)

- Poderia prender as duas na mãe, depois tira da mãe e bota no bebê. (PM3)

Conforme indicado na literatura, a implementação de estratégias para assistência segura no âmbito das identificações seguras, é uma necessidade urgente <sup>(201)</sup>. Sendo também uma preocupação da organização e estruturação dos serviços de atenção materna e neonatal. <sup>(121)</sup>. As participantes fizeram sugestões quanto ao melhoramento dos mecanismos e materiais de identificação do paciente utilizado na referida maternidade, que podem potencializar essa prática e otimizar o tempo dedicado para a identificação das mães e dos RNs.

Outra estratégia apontada pelas participantes foi sobre os processos mais seguros a partir de tecnologias de informação na saúde, de protocolos e normas a serem seguidas por todos os colaboradores na instituição, conforme se observa a seguir:

- Não adianta a gente fazer o nosso trabalho isolado, eu acho que tem que ter todo um processo seguro no hospital que é a partir daí que a gente muda (...). Olha tudo que mudou, agora a gente trabalha com programa de computador, os computadores são separados um do outro, não fica ninguém de burburinho do lado, então são coisas que tiveram mudanças, é uma maneira diferente de ver a mesma situação. Hoje em dia eu vejo os residentes prescrevendo com muito mais tranquilidade do que eu prescrevia. (PM5)

- É, mas te digo que ainda hoje tem erros. (PE2)

- Claro que tem, ainda tem, mas muito menos do que tinha (PM5)

-Com certeza, tem que ter regras, tem que ter protocolos, eu não vejo como fugir das regras, tu tem que ter regras, tu tem que ter normas, tu tem que ter coisas para serem seguidas sim. (PM9)

Não realizar ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os pacientes a um maior risco de EA preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes governamentais e promoção da qualidade da assistência em saúde <sup>(223)</sup>. Assim, as participantes, não sugerem ações pontuais, mas de engajamento gerencial, a partir do entendimento que os

profissionais atualmente se encontram mais sensibilizados sobre a temática de segurança. Contudo, para o grupo está sensibilização não é garantia de que os erros e falhas não vão acontecer.

Com vista aos processos mais seguros, as participantes trouxeram ações das suas práticas que já haviam sido melhoradas após um repensar da assistência, identificado nas falas que seguem:

- E outra coisa bem prática era quando a mãe vinha do CO, meio anestesiada com o bebê no colo. Lembram? Perigo de cair, isso foi até apontado pela Joint. Isso se mudou, agora ela vem, geralmente deitada e foi criado uma coisinha para segurar na mãe (*sling*). (PE11)

- Outra coisa, mãe dormir com o bebê junto. Isso é uma coisa que a pouco tempo acontecia, elas dormiam com o bebê do lado, então agora algumas ainda continuam, mas agora todo mundo, seja acadêmico da medicina, seja estudante de outros cursos, todos falam: “oh, não pode dormir”, coisas que há dois, três anos atrás ninguém falava. (PT7)

O MS, desenvolveu, em 2010, um manual sobre o Transporte Neonatal, contudo as orientações são voltadas ao Transporte Inter hospitalar, e pouco se sabe ou se tem estudado sobre o Transporte Intra-Hospitalar <sup>(224)</sup>. O transporte Intra-hospitalar é referente as transferências dentro da própria instituição, de uma unidade para outra, para a realização de intervenções, exames, avaliações entre outros <sup>(229)</sup>. Essa atividade é importante uma vez que pode interferir na redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis e das sequelas, sendo necessário receber uma atenção adequada e resolutiva.

Nesse sentido, destaca-se o envolvimento, a criatividade e motivação da equipe de enfermagem desta instituição que desenvolveu uma técnica muito efetiva, para o transporte do neonato, junto ao corpo da mãe, garantindo o acesso a transporte adequado e oportuno.

Ainda em relação ao processo de trabalho, quanto a comunicação entre a equipe, uma das participantes buscou soluções conforme segue no debate:

- Se vocês tivessem um celular que vocês falassem direto uma com a outra que daí ninguém precisa sair para procurar a enfermeira. Uma enfermeira “presa”, uma pessoa para procurar a enfermeira, daí acha a enfermeira, daí a enfermeira não pode, daí alguém vai... são 15 minutos da vida de cada uma dessas pessoas, que não precisava. (PM5)

No processo de transferência das pacientes, entre o CO e a UIO, acerca das rotinas de trabalho e da dificuldade de comunicação entre as enfermeiras das unidades foi sugerido a utilização de um telefone celular institucional como melhoria.

Na atualidade, a tecnologia aumentou sobremaneira as possibilidades de comunicação mais efetiva entre os cidadãos. Por outro lado, ferramentas de comunicação, como o telefone celular, utilizados indevidamente segundo um estudo realizado em unidade cirurgica, indica

que podem prejudicar a comunicação efetiva entre membros da equipe, além de promover distração <sup>(215)</sup>. Assim, caso a sugestão das participantes seja implementada, vale ressaltar a necessidade de responsabilização e sensibilização quanto à utilização adequada dessa tecnologia.

Outra possível estratégia em relação a comunicação que indicada pelo grupo foi quanto a horizontalidade para o cuidado, referida como a desconstrução de hierarquia para melhorar a comunicação. Conforme referido no diálogo:

-Tu tens que cobrar, tem que poder falar e é essa quebra de hierarquia, que a gente tem que brigar para ter. (PM9)

-Que fortalece uma cultura de segurança (PE11)

-Se tu chegar, por exemplo e me chamar a atenção “tu esqueceu de tirar teu brinco.” Existe um propósito nisso? Existe! Eu não posso entrar numa área restrita, para fazer um procedimento com um brinco. (PM9)

- E entender que não é nada pessoal. (PM10)

-Tem que haver uma quebra de hierarquia, e tu se sentir absolutamente, sabendo que está ali protegendo o teu paciente, e se tu protege o paciente tu protege a equipe também, essa é a questão, tu vai melhorar a qualidade do serviço como um todo, tu não está protegendo só o paciente, tu está protegendo a própria equipe. Eu entendo segurança, como uma condição para a paciente em prol da equipe que está trabalhando. (PE11)

Uma comunicação efetiva é base para a construção de uma cultura de segurança e diversos são os entraves para a prática desse atributo de qualidade entre os profissionais. Acredita-se, que uma das piores dificuldades seja relativa à influência da hierarquia funcional, própria da estrutura organizacional tradicional <sup>(215)</sup>.

Ressalta-se nas reflexões realizadas pelo grupo, como solução para essas questões uma ferramenta pouco utilizada pelas instituições hospitalares, referente a instrumentos para denunciar abusos nas relações profissionais e questões de ética profissional.

-A instituição fez uma coisa, um instrumento que está no intranet, tem até um EAD disso, de como que tu faz, tem um link, não sei o quanto que é usado, que ali tu pode relatar os abuso de comportamento, assim estão pisando nos meus calos e eu não posso falar porque é minha chefe, (...) tem um atalho pra ti fazer isso e não precisa nem assinar, é um link da intranet ai, que tu pode colocar, só teu registro e precisamos de mais espaços para isso. (PM5)

-Sim, são comportamentos hierárquicos inadequados, já teve pesquisa de clima, essas coisas assim, mas eu acho que a instituição está promove mais isso, porque não adianta só perguntar nas avaliações, tá tudo bem? Estão te tratando bem? Tá tudo legal? Nem sempre a gente tem coragem de falar.(PT12)

- Sim, uma vez fui xingada por um médico, foi horrível. Enviei um e-mail para minha chefia (...). Ele tinha várias reclamações, foi chamado várias vezes, mas acho que nunca deu em e nada, mas o pior é que ela encaminhou meu email para ele. Depois disso o clima ficou pior ainda. (PE2)

Parte-se da premissa que: tudo que se acredita poder influenciar na segurança do paciente deve ser notificado. Frente a isso, relações abusivas no trabalho com certeza influenciam tanto na qualidade do atendimento, quanto na mudança de cultura punitiva para uma cultura justa. Essas relações reforçam o silêncio organizacional, que prejudica a capacidade de uma equipe corrigir o curso, aprender em equipe e manter a qualidade e a segurança <sup>(188)</sup>.

As notificações anônimas e realizadas pela intranet são técnicas importantes para coletar informações mais precisas, sem que as pessoas tenham medo de punições <sup>(149)</sup>.

Outra importante questão que foi relatada nas atividades da área obstétrica é o trabalho multiprofissional, existente nas unidades, como uma proposta que pode fortalecer a segurança do paciente e qualificar o cuidado.

-Por exemplo existe agora a presença de uma profissional médica que trabalha com segurança do paciente e está conosco no CO, é uma coisa que está com certeza melhorando a segurança, porque tu tem uma integração maior entre as equipes, é fundamental, é uma coisa que aumentou nitidamente a segurança do paciente dentro da sala de parto. (PM9)

-Fortalece também o fato do grupo de trabalho ser multidisciplinar, isso ajuda bastante. (PT12)

- Essa coisa assim da gente trabalhar junto faz muita diferença, porque melhora muito o cuidado (PE8)

Evidenciou-se alguns valores profissionais e sentimentos relevantes para que os profissionais da saúde desempenhem de forma adequada suas funções, em busca de um melhoramento contínuo, dentre eles o amor pelo trabalho, sentimentos de admiração pela instituição e pelos colegas, de valorizar o que já se construiu, consciente do que precisar ser melhorado.

- Aqui na nossa unidade tem gente, boa assim, tem gente de coração grande afim de fazer um trabalho bom, afim de fazer o melhor. (PM5)

- Eu acho que a gente tem que ter amor pelo trabalho, essa é a questão, tu tem que ter amor pelo teu trabalho, não é só tu ver o trabalho como uma forma de tu ganhar dinheiro. (PE8)

- A gente tem várias pessoas que vêem isso dessa forma, nós estamos em uma instituição de excelência, se tu não tentar fazer o melhor aqui... aqui não tem justificativa, para não fazer. Tu tem que dar o teu melhor, tu tá num lugar onde tudo converte pra que as coisas funcionem. (PT12)

- Se tu não tiver desejo pelo teu trabalho, se tu não tiver amor pelo teu trabalho, amor pela instituição, não acontece. Eu posso quebrar o pau aqui dentro, mas eu odeio quando alguém fala mal do hospital, me dói na alma, embora eu saiba que a gente tem problemas (...) a gente tem que ter amor e muita gente tem amor pelo hospital. (PM5)

- Eu tenho amor pela instituição, eu tenho amor, e eu quero que melhore, e eu fico muito braba se as pessoas não veem isso, mas eu acho que isso a gente tem dentro, tem várias pessoas que querem que o hospital melhore, que a gente dê o melhor para

as pacientes, que tentam fazer melhor, (...) a gente tem funcionárias da limpeza que são ótimas, esses dias eu entrei no hospital e estava tão bonito, tão limpo parecendo um hospital privado (PM9)

A satisfação relacionada ao trabalho, e os sentimentos positivos em outras pesquisas foram associadas à redução significativa de eventos adversos, portanto, implicam favoravelmente na segurança do paciente <sup>(239)</sup>.

Quanto questionadas sobre a sua participação na pesquisa, sobre o que acharam dos encontros, dentre as diversas opiniões destacam-se as que propuseram algumas inovações a partir dos encontros. Como se depreende das falas a seguir:

- Eu achei excelente (PT6)

- O que achei muito bom é a gente conseguir falar sobre uma coisa tão pesada [segurança do paciente], de forma mais tranquila. (PM5)

-Tinha que instituir uma vez por mês o “café com segurança”, imagina? Café com segurança, para falar sobre as coisas daqui [das unidades] seria legal, e pra falar das coisas de prevenção, ou casos de sucesso, um café com segurança. (PT4)

-Mas tu sabe que assim ó, eu até acabei não indo, mas teve uma reunião dos contratados fora do horário de serviço pro pessoal chorar as mágoas juntos. (PM11)

Acredita-se que a partir do debate nos encontros muitas construções foram possíveis, entre elas o maior vínculo e aproximação dos membros dessas equipes e o fortalecimento deles para questões relativas a segurança do paciente. Destaca-se que a técnica de grupos focais potencializou a geração de vínculos, capturando percepções e reações verbais e não verbais. Sugere-se assim o uso dessa técnica como estratégia para a sensibilização e fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente.

Frente ao exposto, muitas das sugestões realizadas pelas participantes buscam solucionar as fragilidades identificadas nos encontros e nas discussões. Considera-se que intuitivamente elas propuseram medidas tangíveis e que são recomendadas no âmbito científico, demonstrando a riqueza de se ouvir quem cuida.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando nesta pesquisa a relação de dois importantes paradigmas vigentes na atualidade, da qualidade no atendimento à saúde e do modelo obstétrico vigente, a realização desse estudo oportunizou à pesquisadora transitar por estes universos na área obstétrica e explorar os meandros sobre a cultura de segurança e a segurança do paciente existentes e que muitas vezes são desconhecidos pelos profissionais, estudantes e gestores.

Para atender o objetivo de analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento, muitos foram os desafios. Todos vivenciados com intensidade e com descobertas que levaram a aprendizados e conhecimentos interessantes na área do estudo. Desde a questão de pesquisa que foi definida pela busca do entendimento de como a segurança do paciente é percebida e vivenciada no processo assistencial ao parto e nascimento pelos profissionais da saúde em uma instituição de saúde. Aliada ao pressuposto de que o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e fortalecimento da cultura de segurança na área da obstetrícia, não foi tarefa fácil.

Muitos foram os desdobramentos e consultas à literatura, visitas à instituição, idas e vindas no período de ambientação, período fora do Brasil, num doutorado sanduíche onde as questões de segurança foram aprimoradas, entre outros aspectos.

O contato com as participantes por meio da técnica de grupo focal foi muito enriquecedor e permitiu ter a certeza de que a escolha para a coleta das informações foi adequada, pois participar e ouvir as discussões com suas contradições, desconhecimentos, aprovações e concordâncias foram de grande valia para que se conseguisse atingir ao que se propunha o estudo. Os grupos focais potencializaram a geração de vínculos, captura de significados e reações verbais e não verbais. Exigiu sensibilidade, flexibilidade e criatividade da pesquisadora em relação ao planejamento da pesquisa, bem como constante avaliação e empatia para negociar com os participantes. Vislumbrou-se a riqueza e dinamicidade dessa técnica de coleta como estratégia para a sensibilização e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Na percepção dos profissionais de saúde, é necessário investimento para a efetivação da cultura de segurança e a segurança do paciente no processo assistencial ao parto e nascimento da instituição estudada. Evidenciadas a partir da análise e categorização das dimensões de

cultura de segurança, das principais potencialidades e fragilidades obstétricas e por fim da identificação de estratégias para promover a segurança do paciente nas unidades.

A Cultura de Segurança do Paciente na área obstétrica, foi analisada a partir das dimensões de cultura de segurança, na perspectiva das participantes, as dimensões que despontaram foram: percepção geral da segurança do paciente; trabalho em equipe na unidade; quadro de funcionários compatível com os cuidados a serem ofertados; respostas não punitivas aos erros; aprendizado organizacional e melhoria contínua; apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; abertura para a comunicação; trabalho em equipe entre as unidades e passagens de plantão. Revela-se a necessidade de um olhar mais atento as especificidades de cada dimensão e as contribuições indicam a existência de uma cultura de segurança em construção, que necessita de muito investimento institucional e individual, por meio da implementação de estratégias de sensibilização e ações práticas para o fortalecimento e melhor compreensão das já existentes.

No tema Promoção da Segurança do Paciente em obstetrícia: das metas internacionais às fragilidades no cuidado, identificou-se que a maioria das metas estão implementadas nas unidades e são parte integrante do processo assistencial na área obstétrica, tais como a identificação correta, a segurança nas medicações e o risco de quedas. Contudo, tendo em vista que os serviços envolvidos estão em constate evolução em prol da promoção da segurança do paciente e prevenção de agravos, discutiu-se também alguns pontos de melhorias que ainda estão em processo de evolução, como a sensibilização dos profissionais para redução dos riscos associados aos cuidados em saúde, a revisão de protocolos e a valorização da comunicação efetiva.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram elencar expressivas sugestões positivas para a melhoria da segurança do paciente no cenário, que foram categorizadas por ações e estratégias de Fortalecimento da Cultura de Segurança na área obstétrica. Tais como: Estratégias de redução das interrupções; ações de investigação e engajamento da administração geral; estratégia para horizontalidade da gestão e maior envolvimento de todos os profissionais. Estratégias a partir do processo de formação com o uso de simulação clínica; A acreditação do hospitalar como um gatilho importante promotor de mudanças; estratégias para o fortalecimento das orientações; Sugestões de como os mecanismos e materiais de identificação; O uso de tecnologias de informação na saúde para processos mais seguros; O exemplo de ações das suas práticas na assistência ao transporte Intra-hospitalar; Estratégia em relação a comunicação na transfência das pacientes. Desconstrução de hierarquia para a comunicação efetiva; Instrumentos para denunciar abusos nas relações profissionais; o trabalho

multiprofissional e multidisciplinar; evidenciou-se ainda alguns valores profissionais e por fim, sugere-se o uso da técnica de grupos focais como estratégia para a sensibilização e fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente.

Quanto às limitações do estudo são referentes ao desenho metodológico, o qual não almeja a generalização dos resultados. E ainda, da sua realidade ser contextualizada a profissionais da saúde inseridos em centros obstétricos e unidades de internação obstétrica, inviabilizando a generalização dos dados. Apesar disso, algumas recomendações referentes ao fortalecimento da cultura de segurança podem ser aplicáveis em outros contextos de cuidado.

Dessa forma, o pressuposto do estudo foi confirmado e algumas recomendações foram formuladas a partir dos resultados. As contribuições para o serviço, são referentes a identificação de fatores de risco e de prevenção na área obstétrica que influenciam na ocorrência de eventos adversos, para a mulher, recém-nascido e família. Indica-se caminhos para estimular o desenvolvimento de processos clínicos mais confiantes, como por exemplo a adesão ao checklist do parto seguro, a utilização de um modelo de transmissão de cuidados entre as equipes. A implementação de um modelo para a passagem de plantão médico, reestruturar novas formas para o melhor dimensionamento de profissionais e aumentar a contratação de enfermeiros obstetras. Além de estimular os membros da equipe multiprofissional a refletirem sobre cultura punitiva e repensar os processos de avaliações individuais na instituição.

Para o ensino e a extensão, destaca-se a formação dos preceptores para atuarem na área obstétrica, embasados na cultura de segurança e contando com apoio da equipe multiprofissional. Estimula-se o uso de novas metodologias de ensino, tanto nas graduações quanto para a educação permanente nos serviços, utilizando a Simulação Clínica. Com indicação de algumas temáticas importantes para o parto seguro, como o manejo da equipe em situação de hemorragias maternas, ressuscitação neonatal e na admissão de paciente com distúrbios obstétricos graves. Além do investimento contínuo em cursos de EADs, principalmente para esclarecerem rotinas da instituição, como por exemplo como fazer uma notificação.

Com relação ao ensino na graduação, vale salientar alguns pontos importantes que devem ser inseridos nas disciplinas de saúde da mulher para além da formação técnica, mas que sensibilizem e envolvam os futuros profissionais sobre os aspectos da cultura de segurança, estimulando o aluno a entender o erro como propulsor da aprendizagem, e sua responsabilidade frente ao erro que todo profissional da saúde está exposto a cometer. Além de motivar a vivências multiprofissionais, baseadas em relações respeitadas e horizontais e centradas no paciente.

A partir desta pesquisa, identifica-se a necessidade de maior aprofundamento em quatro linhas de estudos sobre a cultura de segurança e a segurança do paciente na área obstétrica. A primeira, investigações voltadas a rede de atenção à saúde da mulher e do neonato na atenção primária, de modo a melhorar a avaliação e identificação dos fatores de risco e contribuintes da rede que podem causar eventos adversos, além dos apontados nessa pesquisa, que identificou questões estruturais e de acesso ao sistema de saúde. A segunda, estudos que investigem o tema na perspectiva das usuárias (gestantes e puérperas), a terceira pesquisas relacionadas aos familiares e acompanhantes, como parceiros e corresponsáveis pela segurança nas instituições, e a quarta, investigações com alunos e gestores dos serviços que fomentam a construção da cultura de segurança no seu planejamento estratégico.

## REFERÊNCIAS

- 1- International Council of Nurses (ICN). Notas de enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Tradução Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- 2- Runciman W, Hibbert P, Thomson R., Schaaf TV, Sherman H., LewalleP. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
- 3- Travassos C, Caldas B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. [Internet]. Acesso em 10 de dezembro de 2013. Disponível em:  
[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)
- 4- Montserrat-Capella D, Malhi Cho RSL. A segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe, 2013.
- 5- Banco Mundial. Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial. Redução da mortalidade materna: uma declaração conjunta. OMS: Genebra; 1999.
- 6- Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
- 7- Gallotti, RMDG. Eventos Adversos – o que são? *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):109-26.
- 8- World Health Organization (WHO). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Edição: Ashish Jha. 2008.
- 9- Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do Século XXI. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009; 36(4): 281-282.
- 10- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
- 11- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília. 2011 jan-jul 1; (3).
- 12- Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158(5):369-375.
- 13- Ardern J. Creating a safety culture. Manager of Education and Information Services. Disponível em: [http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/safety\\_culture-Jane\\_.pdf](http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf). Acesso em: 9 nov. 2015.

- 14- Camargo TG, Queiroz BAL, Silvestre BNC, Camargo SAEB. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 ene.13 (33) Murcia. Disponível em :  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017)
- 15- Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. [Internet] Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
- 16- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília (DF); 2014
- 17 - World Health Organization (WHO) WHO Patient Safety – Implementation of childbirth’s checklist. Acesso em 12 de dezembro de 2013. Disponível em:  
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>
- 18- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: who, where, when and why 2006; 368 (9542) :1189-200.
- 19- Hogan M, Foreman K, Naghavi M, Ahn S, Wang M, Makeda S, et al. A mortalidade materna por 181 países, 1980-2008: Uma análise sistemática de progresso para o Desenvolvimento do Milênio 5. *The Lancet*. 2010; 375:1609-23.
- 20- Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Os progressos no sentido do Milênio Objetivos de Desenvolvimento 4 e 5 sobre a mortalidade materna e infantil: uma análise sistemática atualizada. *Lancet*. 2011; 378 (9797):1139-65.
- 21- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) Secretaria de Governo da Presidência da República. [Internet]. Brasil; 2017 - [atualizado 2017 jun 28, citado 2018 mar 20] Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/ods/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/3-saude-e-bem-estar/metas>
- 22- Reis LGC. Maternidade segura. In: Sousa, P; Mendes W. (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.
- 23- Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006 Dez; 10 (3): 439 – 47.
- 24- Ordem dos enfermeiros. Checklist do parto seguro. Acesso em 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Newsletter/Detalhe.aspx?ID=344>
- 25- Jonathan M, Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, et al. A Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLOS ONE* 2012; 7(5). Disponível em:  
<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0035151&representation=PDF>

- 26- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde - 2. ed. – Brasília (DF); 2008.
- 27- Ministério da Saúde (BR), Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde (PESS) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília (DF); 2011. 100 p
- 28- Nigthingale F. Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 29- Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science. 200.p.856-864. 1978
- 30- Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):111-5 8.)
- 31- Donabedian A. Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde. 1. ed. New York: Oxford University Press; 2003.
- 32- The Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. EUA: National Academies Press;1999.
- 33- Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality JAMA. 1998; 280(11):1000
- 34- Institute of Medicina (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century.2001
- 35- Organização Mundial de 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 Duran. Rio de Janeiro: 2009. [Internet]. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=1032&Itemid=423](http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1032&Itemid=423)>. Acesso em: 26 nov. 2015
- 36- Proqualis/Icict/Fiocruz. (s.d.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. [Internet]. Disponível em: <http://proqualis.net/>.
- 37- Mendes WVJ. Torre de Babel. Revista Eletrônica sobre Acreditação 2. [Internet]. Nov. 2012 2(3): 50-5. Disponível em: <file:///C:/Users/silvana.silva/Downloads/TorredeBabel.pdf>
- 38- World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.
- 39- Anvisa (BR). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013. Disponíveis em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>.

- 40- McDonald KM, Romano PS, Geppert J, et al. Measures of patient safety based on hospital administrative data - the patient safety indicators. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. (Technical reviews, no. 5.).
- 41- McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, Bates D. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *Int J Qual Health Care* ; 18(suppl 1): 14-20; 2006. Disponíveis em: [https://academic.oup.com/intqhc/article/18/suppl\\_1/14/1798495](https://academic.oup.com/intqhc/article/18/suppl_1/14/1798495)
- 42- Kristensen S, Mainz J, and Bartels P. Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project 'safety improvement for patients in Europe'. *Int J Qual Health Care* (2009) 21 (3): 169-175
- 43- Ministério da Saúde. (BR) Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): 2014.
- 44- Travassos, C. Relatório de Pesquisa "Desenvolvimento de indicadores para monitoramento da segurança do paciente em hospitais de pacientes agudos". 2014.
- 45- Reason J. Human error: models and management. *Brit Med J*. 2000; (320):768-770.
- 46- Souza, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port*, p. 309-318, 2006.
- 47- Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
- 48- Kass-Bartelmes BL, Rutherford MK. AHRQ Tools and resources for better health care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. Research in Action Issue 10. 03-0008. Disponível em <http://www.ahrq.gov/qual/tools/toolsria.pdf> (Acessado em 15/03/16).
- 49- Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. 15-0049 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patient-safetyculture/hospital/index.html>
- 50- Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 432-41
- 51- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 52- Philippi JMS. Políticas de saúde da mulher no Brasil – história e evolução. In *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade / organizadoras Rial C, Pedro JM, Fávero SM. Arend. – Ilha de Santa Catarina: Mulheres, p.125-139; 2010.*

- 53- Brasil. Rede Nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Marco da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: ferramenta para a ação política das mulheres. Porto Alegre, 2010. 7p.
- 54- Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- 55- Assis LTM, Fernandes BM. Saúde da mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas no período de 1984 a 2009. Rev. Mineira de Enferm. 2011; 15(3): 356-364.
- 56- Ramalho, KS, Silva ST, Lima SM, Santos MA.. Política de saúde da mulher à integralidade: Efetividade ou possibilidade? Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais Fís. (2012)1(1), 11-22.  
de <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/462/198>
- 57- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2011.
- 58- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- 59- Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Secretaria de Atenção à Saúde. Balanço das Ações 20ª Edição– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- 60- Organização Mundial da Saúde [OMS]. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 1995.
- 61- Chamberlain G. British maternal mortality in the 19th and early 20th centuries. J R Soc Med. 2006 [citado 2016 jun 29];99: 559-63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1633559/pdf/0559.pdf>.
- 62- Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis. 2011;21(3):1139-60
- 63- Benagiano G, Thomas B. Safe motherhood: the FIGO initiative. Int J Gynaecol Obstet 2003 Sep;82(3):263-74.
- 64- World Health Organization. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2014. (Fact Sheet, 348).
- 65- World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO; 2012 [citado 2017 out]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf)

- 66- França, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol* MAIO 2017; 20 SUPPL 1: 46-60
- 67- World Health Organization. WHO checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternalnewborn-deaths/en/> (acessado em 04/Dez/ 2015)
- 68- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- 69- WHO. Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. (1996). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- 70- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 71- Mendes MF, Coelho EBS, Calvo MCM. O puerpério na atenção básica: interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidado de saúde. In: Coelho E B S, Calvo MCM, Coelho CC. Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 181-204.
- 72- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.
- 73- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.
- 74- Rede Nacional Feminista de Saúde. Dossiê humanização do parto. São Paulo, 2002. 40 p.
- 75- Sousa, P; Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014
- 76- Brasil. Ministério da Saúde. Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011. Disponível em <[www.saude.gov.br/redecegonha](http://www.saude.gov.br/redecegonha)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
- 77- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- 78- Rios CTF, Vieira NFC. Ações Educativas no Pré-Natal: Reflexão Sobre a Consulta de Enfermagem com um Espaço Para Educação em Saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2007;12, n.2, p.477-486.
- 79 – Brasil. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Painel SUS, temático da Saúde da Mulher, 2007.

- 80 - OMS / UNFPA / UNICEF / Banco Mundial. Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial. Redução da mortalidade materna: uma declaração conjunta. OMS: Genebra; 1999.
- 81- Governo do estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde - seção de saúde da mulher. Dados epidemiológicos sobre mortalidade materna. Rio Grande do Sul, 2009.
- 82- Carter MC, Corry M, Delbanco S, zan Foster TCS, Friedland R, Gabel R et al. 2020 vision for a highquality, high-value maternity care system. *Womens Health Issues*. 2010;20:S7–S17.
- 83-Ministério da Saúde. (BR) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília/DF, agosto de 2017.
- 84- Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas publicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010; 20(2)475-495.
- 85- Teixeira DA, Vargens OMC. Programa de saúde do adolescente: dificuldades de sua implantação na rede básica de saúde. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, Curitiba. 2003; 1(1):43-48.
- 86- Tribunal Superior Eleitoral, 2010. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2010/estatisticas>
- 87- Cooper HM. Scientific *guidelines* for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*, vol. 52, n.2, p. 291-302, 1982.
- 88- Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 14a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.
- 89- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 90- Mazza VA, Melo NSFO, Chiesa AM. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Cogitare Enferm* 2009; 14:183-8.
- 91- Prates LA et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(12):2483-2492, dez, 2015
- 92- Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Saint. Panam*. Washington. 1996;120; 6: 472-481.
- 93- Gatti EA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

- 94- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
- 95- Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43
- 96- Dias FLA, Silva KL, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Maia CC. Riscos e Vulnerabilidades Relacionados à Sexualidade na Adolescência. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2010;18; 3 456-61.
- 97- Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Rev Gaúch Enferm 1999; 20:5-25.
- 98- Ressel LB, Beck CLCB, Gualda DM, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):779-86.
- 99- Ressel LB. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. 2003. 316f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003a
- 100- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 24 outubro. 2015.
- 101- Lopes MGK, Koch HRF, Ferreira IRC, Bueno RE, Moysés ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. RSBO (Online) [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Jan 25]; 7(2):166-72. Available from: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-56852010000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852010000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- 102- Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf 2011; 20:338-43.
- 103- Reason JT. Human error. 20<sup>a</sup> ed. New York: Cambridge University Press, 2009.
- 104- WACHTER, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2<sup>a</sup> Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.
- 105- Harada M J CS, Pedreira MLG. O erro humano e sua prevenção in: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017
- 106- Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Revista da Escola Enfermagem- USP. São Paulo, 2010; 44(1):134-8
- 107- Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, jul./ago. 2008;16(4):746-751. 14

- 108- Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Enfermagem é última barreira de segurança na prevenção de incidentes. <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/enfermagem-e-ultima-barreira-de-seguranca-na-prevencao-de-incidentes/> 30 de outubro de 2017
- 109- Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Enfermagem é principal barreira para evitar erro relacionado ao uso de medicamento. <https://www.segurancadopaciente.com.br/opiniao/enfermagem-e-principal-barreira-para-evitar-erro-relacionado-ao-uso-de-medicamento/> 15 de Maio de 2017
- 110- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente : manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013.
- 111- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017
- 112- Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1)
- 113- Sousa P. Mendes W. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de Saúde. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014.
- 114- Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puerperas Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem* 18(2) Abr/Jun 2014.
- 115- Vaz TH, Pivatto L F. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. *Cogitare Enferm*. 2014 Jul/Set; 19(3):545-52
- 116- Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery* 2016;20(3)
- 117- Torralba FR *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética/Fundacion Mapfre Medicina; 2002
- 118- Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Nursing care and the focus on patient safety in the Brazilian scenario. Rio de Janeiro; *OUT-DEZ* 2016; 40 (111) p 292-301.
- 119- Vincent C, Almaberti R. *Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado*. Rio de Janeiro, 2016.
- 120- Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. [online]. [cited 2013 July 31]. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>

- 121- Brasil. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- 122- Silva-Batalha SEM, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 42, n. 2, p. 133-142, jul./ago. 2016
- 123- Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3)
- 124- Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública* 2014;48(2):304-313.  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>
- 125- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
- 126- Pecci CC, Mott-Santiago J, Culpepper L, Heffner L, McMahan T, Lee-Parritz A The birth of a collaborative model: obstetricians, midwives, and family physicians. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012 Sep;39(3):323-34.
- 127- Cox y Cox T. The structure of employe attitudes to safety: A Europea work & Stress, 1999; 5: 93 – 104.
- 128- Guldenmund F. The Nature of Safety Culture: A Review of theory and Research. *Safety Science*, 1992; 34: 215 – 257.
- 129- Saturno PJ, da Silva ZA, de Oliveira-Sousa SL, et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud espanol. ~ *Med Clin (Barc)*. 2008;131:18–25. 15. Roqueta F, Tomás S, Chanovas MR, 2009)
- 130- Pronovost P, Weast B, Holzmuller C, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and manegrsin an academia medical center. *Qual Saf Health Care*, 2003; 12: 405 – 410.
- 131- Rhodes P, Campbell S, Sanders C. Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expect.* 2015.
- 132- Vincent, C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.
- 133- Marcolin AC. Quality and safety: pathways to success of the redesign of the obstetric care model. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37(10):441-5
- 134- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos.* 2010;13(1):49-58.

- 135- Camacho KG, Progianti JM. The transformation of nurses' obstetrical practice in humanized birth care Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jul/set;15(3):648-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>.
- 136- Côrtes, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e2988 DOI: 10.1590/1518-8345.2177.2988 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- 137- Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(5):716-725
- 138- McIntyre MJ. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. Aust Health Rev. 2012;36(2):140-7.
- 139- Magalhães, AMM Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21
- 140- Oliveira FBM et al. relationship between work overload and medication administration errors in hospital care. ReonFacema. 2016 Out-Dez; 2(2):325-334.
- 141-Novaretti MCZ, et al. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients Sobrecarga de trabajo de Enfermería y los incidentes y eventos adversos en pacientes hospitalizados en la UCIRev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):692-9.
- 142- Shekelle PG. Nurse-Patient Ratios as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Ann Intern Med ; 158(5 Pt 2): 404-409; 2013.
- 143- Nishio EA, Franco MTG. Modelo de Gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- 144- Carayon P, Gurses AP. Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective. In: Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr.
- 145- Shanafelt et al. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. Annals of Surgery. 2010; 251(6).
- 146- Shirey MR. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. American Journal of Critical Care. 2006; 15:256.
- 147- Reis GAX, et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. Texto contexto - enferm. [online]. 2017, 26(2).
- 148- Silva AEBC, Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011; 19 (2): 378-86,. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2013

149- Murff HJ, et al. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2003; 10 (4): 339-350. Disponível em: <http://jamia.bmj.com/content/10/4/339.full>. Acesso em: 12 nov. 2017.

150- Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):144-54.

151- Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(5):747-54.

152- Pereira Primo L, Capucho HC. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da rede sentinela. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2011;2(2):26-30. 9.

153- Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1165-71.

154- Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, et al. The Patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2018; 8/2600

155-Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*. 2011;121(4):101-107.

156- Pelliciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov-dez 2010;18(6)

157- Becker SG, Oliveira MLC. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(1):109-14.

158- Gutiérrez SRU. Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? *Rev Calid Asist*. 2016;31(3):173-176

159- Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev*. 2009;34: 312-22

160- Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 3.a ed San Francisco, California: John Wiley & Sons; 2004.

161-Haslam S, Pennington R. Reducing resistance to change and conflict: A key to successful leadership. *Resource International* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 11]; 1:3-11. Available from [http://ww.w.resource-i.com/PDFs/Leadership\\_series1.pdf](http://ww.w.resource-i.com/PDFs/Leadership_series1.pdf)

- 162- Carvalho PS. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. *Psicologia*; 2015. Jul [cited 2016 Jan 15]; 22(5):425-34.
- 163- Deluchi M, Turck DS, Susin N, Dias M P. Implantação da gestão por competências no HCPA. [Anais] 37ª Semana científica do hospital de clínicas de Porto Alegre. 2017
- 164- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília, DF: Anvisa; 2013.
- 165- Castel ES, Ginsburg LR, Zaheer S, Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:326. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0987-9>
- 166- Dirik HF, Intepeler SS. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *J Nurs Manag*. 2017;25(4):256-65.
- 167- Rodrigues AMM, Freitas CHA, Guerreiro MGS, Jorge MSB. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun;35(2):106-12.
- 168- Santana ES, carvalho, Fagundes NC. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 98-105, abr./jun.2008.
- 169- Tavares PEN, Santos SAM, Comassetto I, Santos RM, Santana VRS. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):798-807.
- 170- Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Comunicação saúde educação*. 2015. dez; 12(2):88-90
- 171- Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb;(2):277-284.
- 172- Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública* 2014 jan/fev;48(1):170-185
- 173- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 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)* (2013 Jul 26);Sec.1:32
- 174- Andrade LEL aet al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.1, pp.161-172. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
- 175- Aspden P. Preventing medication errors: committee on identifying and preventing medication errors. Board on health care services. Washington: The National Academy Press; 2007.

176- Winterstein AG. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 2004; 61(18): 1908-16.

178- Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil Ministério da saúde 2017 <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/05/Melhorando-a-Seguranca-do-Paciente-em-Larga-Escala-no-Brasil.pdf>

179- Pomey, M. P., François, P., Contandriopoulos, A. P., Tosh, A., & Bertrand, D. (2005). Paradoxes of French accreditation. *Quality & Safety in Health Care*, 14(1), 51-55. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.011510>. PMID:15692004.

180- Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(31), 31. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>. PMID:20420685.

181- Mendes GHS, Mirandola TBS. Hospital accreditation as an improvement strategy: impacts and difficulties in six accredited hospitals *Gest. Prod., São Carlos* 2015; 22 ( 3): 636-648.

182- Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. The role and impact of accreditation on the healthcare revolution. *Acreditação.* 2012 1(2): 1-14.

183- Shiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde.* 2003; 5(18): 7-17.

184- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011. Acessado em: 12 set 2017. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf>.

185- Passos SSS, Henckemaier L, Costa JC, Pereira A, Nitschke RG. daily care of families in hospital: what about patient safety? *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(4)

186- Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Pietro PD, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs.* 2013; 21(3):168-72.

187- Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. *Cogitare enferm.* [Internet] 2014; 19(2): 287-93 [acesso em 10 fev 2018]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>

188- Maxfield DG, Lyndon A, Kennedy HP, Keefe DO, Zlatnik MG. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(5):402-20

189- Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care.* 2013; 22(1):20-31

- 190- Johnson HL, Kimsey D. Patient safety: break the silence. *AORN J.* 2012; 95(5): 591-601.
- 191- Nogueira JWS, Rodrigues MCS comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2015 Jul/set; 20(3): 636-640
- 192- Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine *BMJ Qual Saf* ; 22(suppl. 2): ii21-ii27; 2013.
- 193- Singh, H; Graber, M. - Improving diagnosis in health care - the next imperative for patient safety. *The New England Journal of Medicine.* 373(2015): 2493-2495.
- 194- Amalberti R, Brami J. ‘Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety *BMJ Qual Saf.* 2012 Sep; 21(9): 729–736.
- 195- Vincet C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World.* 2016
- 196- Costa DKP, Arruda LDP, Magalhães AHR, et al Nursing care in prenatal and patient safety: integrative review. *Rev. enferm. UFPE on line;* 10(6): 4909-4919, dez.2016.
- 197- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. (BR) Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- 198- Marques CPC. *Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha.* São Luís, 2016. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2012.
- 199- Manser T, Foster S, Gisin S, Jaeckel D, Ummerhofer W. Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 10]; 19(6):. Available from: [http:// qualitysafety.bmj.com/content/19/6/1.55.full. pdf+html](http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/1.55.full.pdf+html)
- 200- Nilsa Y. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Parush A, Simoneau Y, Foster-Hunt T. The use of resources during shift hand-offs in a pediatric intensive care unit. In: *Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting.* San Francisco (US): Human Factors and Ergonomics Society; 2010.
- 201- Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(1):139-46.
- 202- Tase TH, Tronchin DMR. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. *Acta paul. enferm. São Paulo* July/Aug 2015; 28(4).
- 203- Nadzan DM. A System Approach to Medication Use. In: Cousins DM. *Medication Use: A System Approach To Reducing Errors.* Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 1998. p.5-18.

- 204- Cohen MR. Preventing Medications Errors Related to Prescribing. In: Cohen MR. Medication Errors Causes, Prevention, and Risk Management. Washington: American Pharmaceutical Association; 2000. p.8.1-8.23. 6. Reason J. Human Error. Cambridge (MA): Cambridge University Press; 2003.
- 205- Reason J. Human error. London: Cambridge University Press; 2003. 302 p.
- 206 - Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr;70(2):461-4.
- 207- Kingston L, O’Connell NH, Dunne CP. Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. J Hosp Infect[Internet]. 2016[cited 2016 May 10];92(4):309-20. Available from: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(15\)00489-2/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(15)00489-2/abstract)
- 208- Marra AR, Edmond MB. New technologies to monitor healthcare worker hand hygiene. Clin Microbiol Infect[Internet]. 2014[cited 2016 May 10];20:29-33. Available from: [http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(14\)60190-7/abstract](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)60190-7/abstract)
- 209- Oliveira R, Maruyama, SAT. Controle da infecção hospitalar: histórico e papel do Estado. Rev. Eletr. Enf., Goiás, v. 10, n. 3, p. 775-83, 2008.
- 210- Tarso AB, Delgado CC, Alves DAB, Fontes FC, Santos PVA. A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador, v. 6, n. 6, p. 96-104, jul./dez. 2017 |
- 211- Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):442-5.
- 212- Institute for Healthcare Improvement [IHI]. How-to guide: prevent adverse drug events by implementing medication reconciliation. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011 [citado 2014 jun 24]. Disponível em: [www.ihf.org](http://www.ihf.org).
- 213- Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010
- 214- Comité consultivo sobre la seguridad de las instalaciones nucleares (ACSNI). Estudio de Factores Humanos Tercer Informe: Organización para la seguridad. Londres, 1993.
- 215- Moura MLO, Diego LA. Cirurgia segura in: Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2014
- 216- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização PanAmericana da Saúde; 2009

- 217- Praxedes AO, Arrais L, Araújo MA, Silva EMM, Gama ZAS, Freitas MR. Assessment of adherence to the Safe Childbirth Checklist in a public maternity hospital in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(10)
- 218- Benagiano G, Thomas B. Safe motherhood: the FIGO initiative. *Int J Gynaecol Obstet* 2003 Sep;82(3):263-74.
- 219- Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. 2012; 7:e35151.
- 220- Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:287- 96. PMID:19303368 doi:10.1016/j. bpubgyn.2009.01.007
- 221- Hulton LJ, Olmsted RN, Treston-Aurand J, Craig CP. Effect of postdischarge surveillance on rates of infectious complications after cesarean section. *American Journal of Infection Control*. 1992; 20 (4):198-201.
- 222- Carvalho P V R. Acidentes em sistemas complexos [apresentação Power Point]. Congresso Safety, 2008.
- 223- Paixão DPSS, Batista J, Alpendre ECSM , Amaya MR, Cruz<sup>I</sup> EDA. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. *Rev. Bras. Enferm. Brasília* 2018 (71) supl.1
- 224- Almeida AC, Neves AL, Souza CL, Garcia JH, Lopes JL, Barros AL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):471-6.
- 225- Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública* 2011; 27:623-8.
- 226- Serruya SJ, Cecatti JG, LagoTG. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério daSaúde: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20,5, p.1281-1289.
- 227- Alcântara PR, Siqueira LMM, Valaski S. Vivenciando a aprendizagem colaborativa em sala de aula: experiências no ensino superior. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 4, n.12, p.169-188, 2004
- 228- Horbar J D, Soll RF, Edwards WH. The Vermont Oxford Network: A Community of Practice. *Clin. Perinatol*. 37; 29–47, 2010.
- 229- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (DF). *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Nov;209(5):402-408

- 230- Powell-Jackson T, Morrison J, Tiwari S, Neu - pane BD, Costello AM. The experiences of districts in implementing a national incentive programme to promote safe delivery in Nepal. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:97.
- 231- Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2016 acesso em: 19.01.18; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>
- 231- Velasque EAG, Cabral FB, Pradebon VM. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Rev Enferm da UFSM [Internet]*. 2011 [acesso em: 30 jun. 2016];1(1):80-7. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/1991>.
- 232- Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016];44(3):812-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300037>.
- 233- Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016];12(2):331-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>.
- 234- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Fonseca AV, et al., tradutor. Porto Alegre: AMGH; 2012.
- 235- Bridi AC. Interrupções do trabalho da equipe de enfermagem. 2014
- 236- Hanson D. Reducing interruptions. *Patient Saf Qual Healthc*. 2010 Mar/Apr [citado 2012 Nov 13];7(2):27-28. Disponível em: <http://viewer.zmags.com/publication/8441c6ae#/8441c6ae/26>.
- 237- Liberto R. Quiet zones. *Patient Saf Qual Healthc*. 2010 Mar/Apr [citado 2012 Nov 13];7(2):28-30. Disponível em: <http://viewer.zmags.com/publication/8441c6ae#/8441c6ae/26>.
- 238- Argani CH, Eichelberger M, Shad RNC, Deering A, Satin J. The case for simulation as part of a comprehensive patient safety program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 206 (6) June 2012 451-455
- 239- Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto - enferm [Internet]*. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016];19(4):774-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>.
- 240- Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res [Internet]*. 2011 Nov [cited 2016 Aug 1]; 24(4):244-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974086>

## APÊNDICE A – GUIA DE TEMAS DOS GRUPOS FOCAIS

**Pesquisadora:** Enfermeira M<sup>a</sup> Silvana Cruz da Silva

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Néri Rubim Pedro

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Letícia Becker Vieira

**Pesquisa:** Percepções das profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na internação obstétrica

Todos os encontros acontecerão em cinco momentos:

**1º Apresentação** (apresentação individual e contrato grupal no primeiro dia; e nos demais encontros retomar-se-á a ideia do último encontro).

**2º Apresentação dos objetivos do encontro** (no primeiro dia será apresentada a pesquisa, recolhido o TCLE, explicado a organização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Nos demais encontros serão apresentados os objetivos dos encontros e das dinâmicas).

**3º Técnica (dinâmica) para estimular o debate.** É interessante ressaltar que o 3º e 4º momentos estão intimamente ligados, não havendo separação entre eles.

**4º Discussão / debate** – Para esclarecer as ideias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo, serão utilizadas perguntas-chave, quais sejam: O quê? Para quê? Por quê? Como? Sendo solicitado aos participantes que exemplifiquem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as suas falas.

**5º Síntese e validação coletiva** (entendimento do grupo sobre o tema) – Ressalta-se que, como se trata de um grupo focal, essa síntese não significa que todos devem concordar com apenas uma fala, mas que as diferentes opiniões serão valorizadas. O planejamento do próximo encontro, os agradecimentos finais e a confraternização.

|  |  |
|--|--|
| <b>1º ENCONTRO – Eu, Profissional da Saúde e a Segurança do Paciente</b> |  |
| <b>TEMA FOCO = Segurança do Paciente e Cultura de Segurança</b>          |  |
| <b>OBJETIVOS</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar os significados e as percepções sobre ser um profissional da saúde frente a Segurança do Paciente em situação de pré-parto, parto e pós-parto.</li> <li>• Refletir sobre a construção desses significados e da Cultura de Segurança da instituição.</li> </ul> |
| <b>DINÂMICA GRUPAL</b>   |  |
| <b>1º MOMENTO</b>  | Serão realizadas as apresentações: interpessoais e o contrato grupal. O contrato grupal é verbal, de compromisso ético, de respeito e sigilo   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | sobre o que for conversado nos grupos focais, além do compromisso com horários. Neste momento também será solicitado aos participantes a autorização para a gravação das discussões.  |
| 2º MOMENTO                | Apresentação dos objetivos do encontro: serão entregues os crachás e apresentados os principais objetivos da pesquisa; serão recolhidos os TCLEs; Será explicado a organização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Além de explicado o funcionamento e objetivos da dinâmica.  |
| 3º MOMENTO/<br>4º MOMENTO | <p>Neste encontro será utilizada uma técnica de recorte e colagem para realizar um cartaz que responda “Quem sou eu e o que entendo sobre Segurança do Paciente?”</p> <p><b>Questões que serão utilizadas para estimular o debate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– O que significa ser Profissional da Saúde para você? (É fácil ou difícil, é bom ou ruim?)</li> <li>– Qual é o papel do Profissional da Saúde para a Segurança do Paciente no CO e na UIO?</li> <li>– O que você entende sobre Segurança do Paciente? O que mudou desde sua formação em relação a isso?</li> <li>– Em que situações/momentos você percebe que a segurança do paciente é revelada no seu cotidiano, na atenção ao pré-parto, parto e pós-parto?</li> <li>– O que vocês fazem para tornar a assistência segura?</li> <li>– Existe uma Cultura de Segurança na instituição? Como e em que vocês vêem isso?</li> <li>– Tem diferença para os diferentes profissionais?</li> <li>– Nessa unidade é diferente das demais?</li> </ul> |
| 5º MOMENTO                | Ao final do encontro será realizada uma <b>síntese, validação coletiva</b> , avaliação acerca dos sentimentos e das sensações promovidos nesta sessão. Também ocorrerá o planejamento do próximo encontro, os agradecimentos finais e a confraternização.   |

| <b>TEMA FOCO: fragilidades para a segurança do paciente</b> |  |
|---|--|
| <b>OBJETIVOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar como se construíram as percepções dos profissionais acerca dos eventos adversos.</li> <li>• Desvelar os sentimentos que emergem em relação à temática no seu comportamento.</li> <li>• Identificar áreas de fragilidade no parto e nascimento em relação à Segurança do Paciente</li> </ul>  |
| <b>DINÂMICA GRUPAL</b>                                      |  |
| 1º MOMENTO  | Relembrar o contrato grupal, apresentação dos resultados do grupo focal anterior.  |
| 2º MOMENTO  | Apresentação dos objetivos do encontro: serão entregues os crachás e explicado o funcionamento e os objetivos da dinâmica.   |
| 3º MOMENTO/<br>4º MOMENTO                                   | <p>Serão apresentadas ao grupo em forma de “pequenas placas” algumas notificações de eventos adversos e incidentes fictícias e que envolvem a segurança do paciente em CO e UIO. Assim, os participantes deverão escolher uma ou mais delas e após formular individualmente quais os possíveis problemas, que levaram ou podem ter desencadeado os incidentes. Após a elaboração destas ideias individualmente, os participantes apresentaram sua proposta para o grupo, o qual irá discutir e refletir todas as ideias apresentadas para esclarecer significados e definições, evitando ideias ambíguas e elaborando novas. Dessa forma o grupo completará junto as possíveis causas de cada problema.</p> <p><b>Questões que serão utilizadas para estimular o debate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– O que te levou a escolher esse/esses incidentes?</li> <li>– Porque você acha que ele é importante?</li> <li>– O que você acha que contribui para que ele ocorra?</li> <li>– Normalmente vocês conversam sobre isso? Com quem? E o que conversam?</li> <li>– Quais as dúvidas que vocês têm? (quando conversam sobre...)</li> <li>– Sente alguma dificuldade em falar sobre isso?</li> <li>– Como acreditam ser a melhor forma de tratar desse tema com a equipe de saúde?</li> </ul> |

|            |   |
|------------|---|
|            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Como você reagiria se esse problema tivesse acontecido com você?</li> <li>– O que serviria de barreira para que esse problema não se concretizasse?</li> </ul>   |
| 5º MOMENTO | Ao final do encontro será realizada uma <b>síntese, validação coletiva</b> , elencando as principais fragilidades e potencialidades de melhora apontadas, além da avaliação final acerca do que este exercício representou para cada profissional, os agradecimentos finais e a confraternização. |

|  |  |
|--|--|
| <b>3º ENCONTRO – Construindo o caminho das pedras</b>          |  |
| <b>TEMA FOCO: Potencialidades para a segurança do paciente</b> |  |
| OBJETIVOS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as potencialidades para o fortalecimento da Segurança do paciente na UCO e na UIO.</li> <li>• Desvelar os sentimentos que emergem em relação à temática no seu comportamento.</li> <li>• Instigar a reflexão sobre a Segurança do Paciente na UCO e na UIO.</li> </ul>  |
| <b>DINÂMICA GRUPAL</b>   |  |
| 1º MOMENTO   | Relembrar o contrato grupal, apresentação dos resultados do grupo focal anterior.  |
| 2º MOMENTO   | Apresentação dos objetivos do encontro: Serão entregues os crachás e explicado o funcionamento e os objetivos da dinâmica.   |
| 3º MOMENTO/<br>4º MOMENTO                                      | <p>Serão apresentadas as principais fragilidades elencadas no encontro anterior em forma de cartaz, para refletir sobre as causas e convertê-las em oportunidade de melhora (identificando suas possíveis causas e possibilidades de evitá-los). O que já existe no hospital e o que elas acham que ainda poderia ser feito. Dessa forma o grupo completará junto as possíveis soluções de cada problema.</p> <p><b>Questões que serão utilizadas para estimular o debate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Como fariam para que esse problema não acontecesse?</li> </ul> |

|            |   |
|------------|---|
|            | <ul style="list-style-type: none"><li>– O que serviria de barreira para que esse problema não se concretizasse?</li><li>– Como acreditam ser a melhor forma de tratar desse tema com a equipe de saúde?</li><li>– Sente alguma dificuldade em falar sobre isso?</li></ul> |
| 5º MOMENTO | Ao final do encontro serão realizadas uma síntese, validação coletiva das ideias construídas, bem como será realizada a avaliação final acerca do que este exercício representou para cada profissional, os agradecimentos finais e a confraternização.                   |

## APÊNDICE B – GUIA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO FOCAL

**Pesquisadora:** Enfermeira M<sup>a</sup> Silvana Cruz da Silva

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eva Néri Rubim Pedro

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Letícia Becker Vieira

**Pesquisa:** Percepções das profissionais acerca da cultura de segurança do paciente na internação obstétrica

| <b>Local</b>                                   | <b>Sim</b> | <b>Regular</b> | <b>Não</b> | <b>Por quê?</b> |
|--|------------|----------------|------------|-----------------|
| A organização do lugar foi boa?                |            |                |            |                 |
| O ambiente estava tranquilo, sem interrupções? |            |                |            |                 |
| O tempo foi adequado?                          |            |                |            |                 |
| O guia temático foi completo?                  |            |                |            |                 |
| <b>Encontro</b>                                |            |                |            |                 |
| Os objetivos foram explicados?                 |            |                |            |                 |
| As “regras” foram retomadas?                   |            |                |            |                 |
| As ideias do último encontro foram retomadas?  |            |                |            |                 |
| <b>Moderador e Observador</b>                  |            |                |            |                 |
| Estavam tranquilos?                            |            |                |            |                 |
| Promoveram a participação?                     |            |                |            |                 |
| Foram imparciais?                              |            |                |            |                 |
| Retomava o tema ao debate?                     |            |                |            |                 |
| Permitiu a exposição de diferentes ideias?     |            |                |            |                 |
| Deu espaço de fala a todos?                    |            |                |            |                 |
| Tranquilizou os participantes?                 |            |                |            |                 |
| Teve bom relacionamento com o grupo?           |            |                |            |                 |
| A programação foi respeitada?                  |            |                |            |                 |

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº do projeto GPPG ou CAAE \_\_\_\_\_

**Título do Projeto: NASCIMENTO SEGURO: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS  
SOBRE O PROCESSO ASSISTENCIAL**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre as potencialidades e fragilidades no processo assistencial ao parto e nascimento relacionados à segurança do paciente. Esta pesquisa está sendo realizada na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: participar de forma efetiva de três encontros pré-agendados para conversarmos sobre a temática Segurança do Paciente.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, ou seja, não são conhecidos riscos pela participação neste tipo de pesquisa. Contudo, considera-se aqueles referentes a algum desconforto ou mal-estar decorrente de possíveis lembranças de suas vivências. Nesses casos serão oportunizados momentos de conversa ou caso solicitado pelo participante o declínio em compor o estudo sem nenhum prejuízo às atividades profissionais.

Os possíveis benefícios diretos decorrentes da participação na pesquisa para os profissionais envolvidos ocorrerão já durante as discussões sobre a temática, pois essas suscitarão reflexões acerca das suas práticas. Além da produção de conhecimento acerca da temática, que poderá contribuir para qualificar a assistência pelo desenvolvimento de estratégias de atuação na área da saúde junto às mulheres e recém-nascidos assistidos nesses serviços.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional ou avaliação curricular na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, caso houver, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Eva Néri Rubim Pedro pelo telefone (051) 3308-5081, com a pesquisador Silvana Cruz da Silva, pelo telefone (055) 9983-0024 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO COMPEAQ-UFRGS****PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA****PROJETO DE DOUTORADO**

**Título do Projeto:** NASCIMENTO SEGURO: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PROCESSO ASSISTENCIAL

Pós-graduando autor do projeto: Silvana Cruz da SILVANA CRUZ

Professor orientador: Eva Neri Rubim Pedro

Pesquisador responsável: Eva Neri Rubim Pedro

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da UFRGS, PPGENF/UFRGS.

Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Unidades de Internação Obstétrica e Unidade de Centro Obstétrico

Data de apresentação: banca de qualificação dia 21/06/2016;

Descrição do projeto: trata-se de um projeto de doutorado que aborda os temas relativos a área da segurança do paciente e à saúde materna na assistência ao parto e nascimento.

**Título:** deve ser adequado aos propósitos do estudo. Segundo o Professor William e a Professora Adriana deve ser acrescentado o termo Segurança do Paciente; A professora Ana Bonilha sugeriu que ao invés do Processo Assistencial utilize-se Parto e Nascimento, sendo atualizado o título para: NASCIMENTO SEGURO: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.

**Introdução:** apresenta as questões gerais pertinentes a escolha do tema para a tese, assim como traz uma abordagem teórica dos principais conceitos que utilizará como: segurança do paciente, qualidade dos serviços e à saúde materna na assistência ao processo de parto e nascimento. Discute sobre a qualidade da assistência e os altos índices de eventos adversos na assistência ao parto e nascimento no mundo, e apresenta a questão de pesquisa e o pressuposto de tese ao final da introdução. O professor William sugere que se mencione a REBRAENSP já na introdução, devido sua importância no cenário brasileiro. Sugestão, a qual foi aderida.

**Objetivo:** adequado à problemática e metodologia do estudo e rever apenas os objetivos específicos.

**Revisão de literatura:** para a proposta do estudo e se tratando de um projeto de tese, o apresentado está coerente e adequado. Cabe destacar que o texto traz as questões da segurança do paciente e a

saúde materna na assistência ao parto e nascimento, tendo como plano de fundo o referencial teórico de Segurança do Paciente.

**Metodologia:** Estudo de caso exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. **O Campo de estudo** será as unidades de internação obstétrica e centro de obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Os participantes do estudo** serão os membros da equipe de saúde: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos residentes e médicos efetivos e professores. **Critérios de inclusão:** ser profissional da saúde, funcionário da UCO há pelo menos 12 meses. Acredita-se que com esse tempo o profissional já tenha adquirido uma visão mais ampliada do funcionamento da instituição. **Os critérios de exclusão** referem-se aos profissionais afastados ou de férias no período de coleta de dados. **Coleta de dados:** está prevista para acontecer no segundo semestre de 2016. Para tal, será utilizada técnica de grupo focal. **Análise de dados:** será realizada com o auxílio do software NVivo versão 10.0. Serão processadas através da técnica de análise de conteúdo do tipo temática, a qual busca atribuir significados a partir dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, e divide-se em três etapas. **Aspectos éticos:** A pesquisa contemplará a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos. Para tanto, o projeto após ser submetido ao Exame de Qualificação do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação, na Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS será encaminhado à apreciação da Comissão de Pesquisa da referida EENF e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA via Plataforma Brasil, previamente ao início da coleta das informações. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Cronograma:** adequado e com previsão de início da coleta das informações no mês de agosto de 2016.

**Orçamento:** de acordo e de responsabilidade da pesquisadora.

**Referências:** atuais e pertinentes ao tema.

**Apêndices e Anexos:** adequados.

**Parecer e/ou comentários dos avaliadores (Banca):**

Foi destacada a relevância e atualidade do tema da segurança do paciente e as possíveis contribuições para a prática assistencial na área obstétrica e neonatal, assim como a formação dos profissionais nas áreas contempladas no estudo. O estudo vem preencher lacunas na produção de conhecimento na realidade brasileira. As sugestões apresentadas nela banca deverão ser analisadas e incorporadas para o relatório final. Apresenta as etapas previstas para o desenvolvimento de uma investigação e segue os padrões científicos de programas de pós graduação stricto sensu.

Projeto aprovado

Atenciosamente,

Profª Drª Eva Néri Rubim Pedro

## ANEXO B - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** NASCIMENTO SEGURO: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

**Pesquisador:** EVA NERI RUBIM PEDRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57781016.1.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.719.276

#### Apresentação do Projeto:

A qualidade da assistência nos serviços de saúde e a segurança do paciente são conceitos intimamente relacionados, uma vez que a principal missão de um hospital, segundo Florence Nightingale ainda em 1863 é não causar danos aos pacientes. A hipótese desse estudo é que o conhecimento das potencialidades e fragilidades no processo assistencial ao parto e nascimento contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e fortalecimento da cultura de segurança do paciente no nascimento seguro. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva e de abordagem qualitativa. O cenário de estudo será o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Será realizada no Serviço Materno-Infantil, o qual é constituído pela Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e Unidade de Internação Obstétrica (UIO). A população em estudo será composta de 15 integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e pela equipe médica (médicos efetivos e residentes) que atuam na UCO e na UIO. Os critérios de inclusão serão: ser profissional da saúde, funcionário da UCO há pelo menos 12 meses. Acredita-se que com esse tempo o profissional já tenha adquirido uma visão mais ampliada do funcionamento da instituição. Os critérios de exclusão referem-se aos profissionais afastados ou de férias no período de coleta de dados. Será utilizado como técnica de coleta de dados o grupo focal. A análise dos dados seguirá a orientação sobre a Análise de Conteúdo, a qual deverá ser objetiva e sistemática, ao relacionar

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.719.276

estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, e as articula com os fatores que determinam suas características. Para a organização dos procedimentos de análise se utilizará o software Nvivo 10.0.S.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre as potencialidades e fragilidades no processo assistencial ao parto e nascimento relacionados à segurança do paciente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, ou seja, não são conhecidos riscos pela participação neste tipo de pesquisa. Contudo, considera-se aqueles referentes a algum desconforto ou mal estar decorrente de possíveis lembranças de suas vivências. Nesses casos serão oportunizados momentos de conversa ou caso solicitado pelo participante o declínio em compor o estudo sem nenhum prejuízo às atividades profissionais.

Benefícios:

Os possíveis benefícios diretos decorrentes da participação na pesquisa para os profissionais envolvidos ocorrerão já durante as discussões sobre a temática, pois essas suscitarão reflexões acerca das suas práticas. Além da produção de conhecimento acerca da temática, que poderá contribuir para qualificar a assistência pelo desenvolvimento de estratégias de atuação na área da saúde junto às mulheres e recém-nascidos assistidos nesses serviços.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa proposta tem relevância e está bem estruturada. Será utilizada técnica de grupo focal para coleta das informações e Análise Temática de Conteúdo para o tratamento das mesmas. Estão previstos 15 profissionais da saúde. Os pesquisadores pretendem por meio da pesquisa entender as potencialidades e fragilidades no processo assistencial ao parto e nascimento na óptica dos profissionais de saúde, evidenciando subsídios para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e levando a melhoria da qualidade da saúde materna e do recém-nascido.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram incluídos os seguintes documentos:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cepcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.719.276

Carta de respostas ao CEP (anexada em 03/09/2016).

TCLE (anexado em 03/09/2016).

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.646.709 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 03/09/2016. Não apresenta novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer liberado Ad-Referendum anterior à data prevista de relatoria.

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 12/07/2016, TCLE 03/09/2016 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                 | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758779.pdf | 03/09/2016<br>12:17:57 |                       | Aceito   |
| Outros                         | Carta_resposta_cep.doc                       | 03/09/2016<br>12:17:10 | Silvana Cruz da Silva | Aceito   |

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.719.276

|   |                            |                        |                         |        |
|---|----------------------------|------------------------|-------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLENOVO.pdf               | 03/09/2016<br>12:16:18 | Silvana Cruz da Silva   | Aceito |
| Outros  | Instrumento.pdf            | 12/07/2016<br>17:36:42 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | parecer_consustanciado.pdf | 12/07/2016<br>17:35:42 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | parecerCOMPESQ.pdf         | 12/07/2016<br>17:34:08 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | delegacao.pdf              | 12/07/2016<br>17:33:34 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | Ata.pdf                    | 12/07/2016<br>17:32:21 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | dados.pdf                  | 12/07/2016<br>17:31:42 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | dados_institucionais.pdf   | 12/07/2016<br>17:31:23 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Outros  | autorizacao.pdf            | 12/07/2016<br>17:29:27 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                   | 12/07/2016<br>17:27:39 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.pdf                | 12/07/2016<br>17:27:09 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Cronograma  | cronograma.pdf             | 12/07/2016<br>17:23:41 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |
| Folha de Rosto  | folhaderosto.pdf           | 12/07/2016<br>17:22:50 | EVA NERI RUBIM<br>PEDRO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2016

Assinado por:

**Marcia Mocellin Raymundo**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

### APÊNDICE D - QUADRO SINÓPTICO

| Nº        | Título  | Objetivo   | Contribuições para a Segurança do Paciente na Saúde Materna  |
|-----------|---|--|--|
| <b>T1</b> | MORBIDADE MATERNA E EVENTOS ADVERSOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS: DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE MÉTODO DE DETECÇÃO | Ampliar o conhecimento acerca dos eventos adversos que ocorrem na assistência ao trabalho de parto e parto em ambiente hospitalares.   | A indução/aceleração do trabalho de parto, o tipo de parto e a duração dos estágios do trabalho de parto são importantes fatores de risco que contribuem para diversos desfechos negativos e que podem ser modificados por meio das ações educativas e construção de protocolos clínicos baseados em evidências científicas.   |
| <b>D2</b> | A EQUIPE DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE BEBÊ NO PARTO E NO NASCIMENTO  | Observar e analisar a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.  | A equipe se mostra, empenhada em dar suporte à paciente por meio do apoio empático, da valorização do acompanhante, promovendo, circunstâncias seguras de cuidado. Demonstram conscientização sobre os benefícios do contato pele a pele, no entanto, ainda são necessários esforços para que se configurem em circunstâncias seguras de cuidado. Sugerem-se estudos quantitativos relacionados à segurança da assistência ao processo de parto e nascimento, bem como outros estudos qualitativos que abordem a percepção da mulher, do acompanhante e demais profissionais da saúde. |
| <b>D3</b> | MORTALIDADE MATERNA, FATORES DE RISCO E VISÃO PROFISSIONAL.   | Conhecer a visão dos profissionais de saúde inseridos no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sobre a Morte Materna e sua relação como o acompanhamento de pré-natal e acesso ao serviço de saúde, analisando como as variáveis relacionadas com o serviço de assistência obstétrica interferem na ocorrência do óbito materno. | No Serviço de Obstetrícia, ocorre abaixo índice de mortalidade. Por ser um serviço de referência de alto risco gestacional, pode ser considerado como de excelência para solucionar comorbidades.  |

|           |  |   |  |
|-----------|--|---|--|
| <b>T4</b> | MORBIDADEMATERNA EXTREMAMENTE GRAVE: USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DO SUS.   | Analisar a situação da morbimortalidade materna e infantil a partir dos Sistemas de Informações em Saúde; adequar os critérios de MMEG; identificar e analisar os casos de MMEG na base de dados do SIH-SUS visando subsidiar o planejamento das ações de Saúde materna.                | O uso de associação de algumas tabelas do SIH-SUS tem grande potencial para identificação dos casos de MMEG. O critério utilizado para identificação dos casos é factível e pode contribuir para a vigilância da morbimortalidade materna e para ampliar o conhecimento sobre os aspectos que a envolve, contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal.                               |
| <b>D5</b> | INCIDÊNCIA DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL                                  | Determinar a incidência de reações adversas a medicamentos em um hospital universitário no sul do país.   | O sexo feminino, pacientes com menos de 65 anos e internação no setor da Ginecologia e Obstetrícia foram fatores associados a uma maior incidência de desenvolvimento das RAMs. Conclusões A busca ativa foi um instrumento adequado para a determinação da real incidência de RAMs no âmbito hospitalar. Percebeu-se, com isso, a imprescindibilidade de treinamento dos profissionais da saúde e da elaboração de uma cartilha de instrução. |
| <b>T6</b> | REDE NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE MORBIDADE MATERNA GRAVE: EXPLORANDO ASPECTOS METODOLÓGICOS DA ABORDAGEM AO NEAR MISS MATERNAL | Avaliar a homogeneidade dos casos incluídos na Rede, validar os critérios de near miss da OMS, desenvolver um modelo de predição de mortalidade baseado na gravidade dos casos e, a partir deste modelo, avaliar o desempenho dos centros da Rede na prestação de cuidados obstétricos. | O uso dos critérios de near miss da OMS para identificação de casos de morbidade materna grave e foi validado. Com tais informações, novas estratégias para melhoria da assistência à saúde materna e perinatal poderiam ser desenvolvidas, com potencial redução real de mortes.  |
| <b>D7</b> | ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA A MORTALIDADE NEONATAL EM CUIABÁ, MATO GROSSO, 2010 .                                      | Analisar os fatores de risco dos recém-nascidos que nasceram e evoluíram para o óbito no período neonatal, no ano de 2010, no município de Cuiabá, Mato Grosso  | O conhecimento dos fatores de risco e proteção para a saúde do neonato é imprescindível para o planejamento, coordenação e aplicabilidade de políticas públicas de saúde que visem alcançar a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, reduzir os óbitos neonatais, especialmente os precoces.  |

|            |   |  |  |
|------------|---|--|--|
| <b>D8</b>  | FATORES DE RISCO PARA A MORTALIDADE NONATAL: ESTUDO CASO-CONTROLE   | Analisar os fatores associados aos óbitos neonatais de residentes nos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Caxias, Timon, Imperatriz e Barra do Corda em 2007.   | Enquanto que mãe com idade superior a 35 anos teve um efeito protetor contra a morte neonatal. Conclui-se que a realização do pré-natal é essencial para a prevenção do óbito neonatal, especialmente evitando a ocorrência do baixo peso. Foi uma estratégia útil para detectar necessidades de saúde em diferentes subgrupos populacionais e subsidiar intervenções voltadas para a redução do nível de morte no período neonatal. |
| <b>D9</b>  | DESFECHO PERINATAL ADVERSO ENTRE AS PACIENTES COM NEAR MISS MATERNO ADMITIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO RECIFE.       | Determinar, entre as mulheres com near miss materno, o seu perfil clínico epidemiológico e a prevalência do desfecho perinatal adverso (óbito fetal ou recém-nascimento com situações ameaçadoras de vida), além de possíveis fatores associados a esse desfecho | A maioria dos partos das pacientes com near miss é prematuro e a cesariana é a principal via de terminação. O desfecho perinatal adverso ocorreu em quase metade das mulheres, demonstrando a influência do near miss materno na morbimortalidade perinatal. Entre essas mulheres, houve uma associação significativa com desfecho perinatal adverso, naquelas que apresentaram  |
| <b>D10</b> | . FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NEONATAL, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA FORTALEZA CEARÁ 2011                          | Analisar fatores de risco para a mortalidade neonatal, em um hospital de referência em Fortaleza (Ceará), no período entre 2009 e 2010.  | O conhecimento e análise dos fatores de risco para esses óbitos são componentes determinantes que devem ser considerados na elaboração de estratégias para a redução da mortalidade neonatal e infantil  |
| <b>D11</b> | FATORES ASSOCIADOS E DESFECHOS PERINATAIS EM GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES DO DISTRITO FEDERAL | Revisar a ocorrência de partos prematuros e de baixo peso ao nascer com a gravidez em adolescentes e sua condição socioeconômica e cultural. Analisar os nascimentos, descrevendo-os segundo características da gestação, do parto e do recém-nascido.           | Sob a ótica da saúde pública há consenso sobre os maiores riscos quando as idades das adolescentes são mais precoces, o que solicita o estudo e a elaboração de políticas públicas.  |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| <b>A1</b> | Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience       | To study institutionalization of the World Health Organization's Safe Childbirth Checklist (SCC) in a tertiary care center in Sri Lanka.   | Os cuidados de saúde, a atitude dos trabalhadores em relação à aceitação do uso do SCC para reduzir os riscos maternos e neonatal foram positivos. A diferença entre a taxa de adoção e o nível de conhecimento sobre SSC precisa ser tratado antes de implementar o SCC em uma nova configuração. Educar todas as categorias de pessoal, incluindo aqueles que podem ter um papel de supervisão é susceptível de ter um impacto positivo. |
| <b>A2</b> | Maternal quality and safety outcomes for Asians and Pacific Islanders in Hawai'i: an observational study from five years of statewide data | The study goal was to fill a key research gap by comparing AHRQ maternal quality and safety outcomes across Asian American and Pacific Islander groups in Hawai'i, specifically across seven racial/ethnic groups.   | Esse conhecimento ajudará a melhorar a especificidade dos dados de qualidade em torno dos desfechos negativos, identificar grupos de risco é importante antes de direcionar para intervenções.   |
| <b>A3</b> | Satisfaction of 424 users during pregnancy and childbirth in the "Sécurité Naissance" Perinatal Health Network of Pays-de-la-Loire         | O objetivo do estudo foi medir a satisfação com o monitoramento da gravidez, do parto e da permanência na maternidade.   | A análise dos índices de satisfação e as causas de insatisfação permitem a melhoria do atendimento proposto.   |
| <b>A4</b> | The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: A qualitative study                 | Home birth has attracted great controversy in the current context. There is a need for the public and health professionals to understand why maternity care providers have such different views on home birth, why they debate, what divides them into two opposite sides and if they have anything in common. | Este artigo fornece alguns insights significativos derivados do estudo do parto domiciliar a partir das perspectivas dos profissionais de saúde maternidade e poderiam contribuir para o aprimoramento da compreensão mútua e da colaboração dos profissionais de saúde em seus serviços às gestantes.   |
| <b>A5</b> | Risk and safety in context: Medical pluralism and agency in childbirth in an eastern Moroccan oasis  | This article aims to improve the understandings of safety and risk in child birth in Morocco from a critical medical and anthropological perspective. It is based upon nine weeks' of field work undertaken in the town of Fli, an oasis in Eastern Morocco.   | Os insights etnográficos podem contribuir para repensar o risco e a segurança em contextos que, apresentam uma complexidade sociocultural e estrutural que impacta profundamente a vida das mulheres.  |

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
| <b>A6</b>  | Postpartum Pain Management  | Comparar terapias não farmacológicas e farmacológicas   | Terapias não farmacológica e farmacológica são componentes importantes do cuidado pós-parto. Compartilhada entre a equipe multiprofissional a tomada de decisão para a prescrição de opioide, no pós-parto pode otimizar o controle da dor enquanto reduz o número de comprimidos de opiáceos não utilizados.  |
| <b>A7</b>  | Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis | This study aimed to perform a structural analysis of determinants of risk of critical incidents in care for women with a low risk profile at the start of pregnancy with a view on improving patient safety.  | A análise sistemática de incidentes críticos melhora a percepção em determinantes do risco de segurança. A vasta variedade de determinantes do risco de incidentes críticos implica que não há uma única intervenção para melhorar segurança no atendimento a gestantes com inicialmente baixo perfil de risco.  |
| <b>A8</b>  | Confronting Safety Gaps across Labor and Delivery Teams   | We sought to investigate the occurrence of clinician concerns about safety and performance in labor & delivery units. This study focused on concerns that arise among physicians, midwives, and nurses during labor and birth, and explored whether and how they were voiced. | O silêncio organizacional prejudica a capacidade de uma equipe corrigir o curso, aprender em equipe e manter a qualidade e a segurança. Apesar dos importantes avanços na área interdisciplinar colaboração em obstetrícia, nossos achados sugerem que há espaço para melhorias sobre o silêncio organizacional em todas as profissões envolvidas no Trabalho em equipe, incluindo médicos, parteiras e enfermeiras.   |
| <b>A9</b>  | Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands   | to describe the incidence and characteristics of patient safety incidents in midwifery-led care for low-risk pregnant women.  | A análise dos incidentes de segurança no presente estudo e a identificação de domínios específicos de risco fornecem às parteiras evidências empíricas para orientar a melhoria de suas práticas. Sua disponibilidade e a continuidade dos cuidados de parto devem ser melhoradas, juntamente com a aplicação de diretrizes e avaliação de risco do paciente. Estas recomendações estão de acordo com outras pesquisas qualitativas sobre a segurança dos serviços de maternidade. |
| <b>A10</b> | Primary maternity care reform: Whose influence is driving the change?   | a critical analysis was undertaken for the purpose of identifying discourses that have influenced the direction of the Australian maternity care reform agenda  | Médicos, parteiras e governo concordam sobre a necessidade excelentes normas de segurança e qualidade, redução dos altos níveis de intervenção médica e fornecer opções de atendimento em maternidades projetadas para atender às necessidades de todas as mulheres australianas.  |

|            |   |  |   |
|------------|---|--|---|
| <b>A11</b> | Using vignettes to explore judgements of patients about safety and quality of care: the role of outcome and relationship with the care provider | In this study, we investigated the extent to which outcome of care (harm or not) and relationship (good or bad) with the care provider impact on the judgements of responsibility and blame as well as decisions about likelihood of making a complaint.               | Eles sugerem que uma melhoria na satisfação do paciente com serviços de maternidade, e possivelmente uma redução no número de reclamações, pode ser conseguido através da organização de cuidados para que as parteiras possam responder a perguntas e ter tempo para explicar as opções disponíveis para mulheres. Além disso, os resultados destacam a importância para quem cuida de mulheres durante o período pré-natal para construir uma resposta positiva e relação com as mulheres sob seus cuidados.  |
| <b>A12</b> | A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement                    | A root-cause analysis was carried out with the aim of determining the underlying causes of maternal deaths reported in 2010, to categorise contributory factors and to prioritise appropriate interventions based on the identified causes, to prevent further deaths. | As lições fornecidas indicam onde o treinamento de graduação e os estudantes de pós-graduação em medicina, obstetrícia e enfermagem precisam ser intensificados, com ênfase em prática e aderência aos protocolos. Planos de ação e intervenções destinados a mudar as circunstâncias que levaram à morte materna podem ser implementados e reavaliados   |
| <b>A13</b> | Improving maternal health and safety through adherence to postpartum hemorrhage protocol in Latin America                                       | To determine provider compliance with protocols for the prevention of postpartum hemorrhage and provider characteristics associated with adherence and non-adherence   | Aumentar o investimento na segurança do paciente, ao invés de competência clínica, pode aumentar a adesão ao protocolo para melhorar a saúde e oferecer lições que podem ser aplicadas no Peru, em toda a América Latina e em todo o mundo.   |
| <b>A14</b> | Reducing risk in maternity by optimizing teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies                         | Analisar a utilização de cenários simulados em obstetrícia   | A maior parte do nosso conhecimento sobre as características e treinamento de boas equipes e líderes vem de simulação e experiências recontadas de emergências reais. Análise adicional de cenários simulados ainda pode render mais pistas sobre o que faz uma boa equipe. Além disso, a observação de emergências reais, diretamente ou usando gravação audiovisual, pode fornecer informações adicionais sobre as características de equipes e líderes de sucesso. Discussão com mulheres que experimentaram uma experiência emergência obstétrica pode ajudar a destacar aspectos positivos e negativos da comunicação do trabalho em equipe. Um maior conhecimento do que torna as equipes seguras e eficazes só pode servir para melhorar segurança dos serviços de maternidade e, finalmente, salvar mães e bebês. |

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
| <b>A15</b> | The UK Obstetric Surveillance System: Impact on patient safety  | Avaliar a incidência e prevalência de desfechos negativos em obstetrícia  | A informação pode ser usada para ajudar o serviço planejamento, com o objetivo de fornecer serviços seguros, levando em conta as características da população de um hospital. Os hospitais também podem usar as informações como parte de uma melhoria contínua da qualidade iniciativa, utilizando os dados nacionais como referência para comparar as suas próprias incidência e desfechos. Além disso, para fins de auditoria local, os dados do UKOSS também podem ser usados para e auditar as diretrizes nacionais. Estes estudos podem fornecer informações importantes sobre os efeitos benéficos introdução de novos tratamentos, bem como monitorar possíveis efeitos adversos das mudanças prática ou política.   |
| <b>A16</b> | Medication safety is still an issue in obstetrics 50 years after the Kefauver–Harris amendments: the case of progestogens | Avaliar o uso dos medicamentos mais seguros em obstetrícia.   | A otimização do risco / benefício e a melhoria da segurança de medicação deve ser abordagens contínuas. Uso dos medicamentos mais seguros em obstetrícia, especialmente se for empregada uma estratégia profilática e, finalmente, para basear a intervenção em mulheres grávidas, preferencialmente com uma fisiopatologia precoce mais provável que seja modificável, a fim de minimizar a exposição desnecessária. Tal direção moverá a obstetrícia, apesar das recentes ações antitéticas da FDA, mais perto do que essas emendas pretendiam originalmente alcançar e longe de confiar na farmacodinâmica esperada em populações definidas de forma mais ambígua, baseadas apenas em eventos históricos para possivelmente melhorar os resultados atuais. por um mais prejudicial intervenção. |
| <b>A17</b> | The case for simulation as part of a comprehensive patient safety program   | Descrever uso da simulação em casos obstétricos   | Simulação em obstetrícia nos permite praticar em um ambiente seguro. Simulações podem melhorar o desempenho de indivíduos e equipes obstétricas. A evidência é esmagadora de que, com a prática simulada, os obstetras melhoram suas habilidades técnicas e de comunicação. Estão surgindo evidências de que a simulação, em última instância, pode melhorar os resultados clínicos. É lógico que a simulação em obstetrícia deve ser incorporada em programas abrangentes de segurança do paciente.   |
| <b>A18</b> | Safety concerns for planned vaginal birth after caesarean section in sub-Saharan Africa                                   | Problematizar falta de acesso e segurança nos atendimentos de saúde as mulheres no Sul da Africa  | Esforços devem ser direcionado para melhorar a disponibilidade e acessibilidade a cesarianas a todas as mulheres, pondo em prática medidas razoáveis para evitar complicações.   |
| <b>A19</b> | Perinatal staff perceptions of safety and quality in their service  | Avaliar as percepções dos segurança e qualidade de um serviço de maternidade e explorar potenciais influências na segurança do serviço. | Estratégias visando a equipe sênior melhorar seu desempenho em suas funções, particularmente na modelagem de papéis de treinamento e trabalho em equipe força de trabalho júnior, são importantes para o desenvolvimento e manutenção de um serviço de maternidade seguro e de alta qualidade.   |

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
| <b>A20</b> | Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis                                     | Aimed to perform a structural analysis of determinants of risk of critical incidents in care for women with a low risk profile at the start of pregnancy with a view on improving patient safety.                       | A análise sistemática de incidentes críticos melhora a percepção em determinantes do risco de segurança. A vasta variedade de determinantes do risco de incidentes críticos implica que não há uma única intervenção para melhorar segurança no atendimento a gestantes com inicialmente baixo perfil de risco.  |
| <b>A21</b> | Complementary and Alternative Medicine in Midwifery   | Avaliar o uso dos CAM (acupuntura, aromaterapia, ervas e medicamentos homeopáticos, meditação, terapias de movimento, quiropraxia e manipulação osteopática e assim por diante) no Irã                                  | As parteiras não precisam apenas conhecer os pontos fortes e as limitações dos métodos CAM, mas também devem poder conversar com as mulheres sobre a eficácia e possíveis riscos desses procedimentos. Dada a ampla utilização da CAM no campo da obstetrícia, é necessário que as organizações médicas preparem diretrizes relevantes para o uso desses medicamentos na prática da obstetrícia, especialmente para os cuidados da maternidade.  |
| <b>A22</b> | The Birth of a Collaborative Model Obstetricians, Midwives, and Family Physicians   | This article describes a collaborative model of care involving midwives, family physicians, and obstetricians at the Boston Medical Center, which serves a low-income multicultural population.                         | O investir em lideranças em um modelo colaborativo criou uma cultura de segurança e compromisso com os cuidados centrados no paciente. Elementos essenciais do modelo de sucesso dos autores incluem um compromisso com a excelência no atendimento ao paciente, comunicação e educação interdisciplinar.  |
| <b>A23</b> | The perspectives of Australian midwifery academics on barriers and enablers for simulation in midwifery education in Australia: A focus group study | to describe Australian midwifery academics' perceptions of the current barriers and enablers for simulation in midwifery education in Australia and the potential and resources required for simulation to be increased | Embora existam barreiras à adoção e disseminação da aprendizagem em obstetrícia, há uma longa história de simulação e uma grande disposição para melhorar o uso entre acadêmicos de obstetrícia em Austrália. Embora houvesse concordância unânime de que alguns aspectos da prática da obstetrícia podem ser impossíveis de serem simulados, participantes eram todos da opinião de que mais colaboração e compartilhamento no desenvolvimento e uso de cenários de simulação, equipamentos, espaço e outros recursos físicos e de pessoal tornariam o aceitação do ensino via simulação mais difundida |
| <b>A24</b> | How many births in sub-Saharan Africa and South Asia will not be attended by a skilled birth attendant between 2011 and 2015?                       | We aimed to generate estimates of the absolute number of non-SBA births between 2011 and 2015 in South Asia and sub-Saharan Africa, given optimistic assumptions of future trends in SBA attendance.                    | Os esforços para melhorar o acesso a atendimento qualificado devem ser acompanhados de melhorar a segurança nas referências não atendidas.   |

|            |  |   |   |
|------------|--|---|---|
| <b>A25</b> | Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire<br>Cultura de Segurança nas Maternidades: um censo | The explicit need to focus on quality of care underpins the aim of the study to initially evaluate the safety culture and teamwork climate in the public Maternity Units of the 5 Regional Hospitals in Cyprus as measured by a validated safety attitudes tool.  | Pode-se sugerir que as parteiras mais jovens precisam de mais apoio e prática de trabalho em equipe, em um ambiente amigável, para melhorar a segurança e o clima de trabalho em equipe através da experiência e autoconfiança.   |
| <b>A26</b> | LESSONS LEARNED FROM MEASURING SAFETY CULTURE: AN AUSTRALIAN CASE STUDY  | This paper reports a case study examining the safety culture in one maternity service in Australia and considers the benefits of using surveys and interviews to understand safety culture as an approach to identify possible strategies to improve patient safety in this setting.  | O uso de pesquisas de cultura de segurança para medir a cultura de segurança dos locais de estudo não teria identificaram a influência dos fatores externos ao cenário clínico. Pesquisas de cultura de segurança, incluindo o Safety Attitudes Questionnaire utilizado neste estudo, examina a cultura de segurança a nível clínico, mas não captam as influências mais amplas, como o impacto de iniciativas políticas  |
| <b>A27</b> | Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?   | To describe Australian women's request for caesarean section in the absence of medical indicators in their first pregnancy.   | Os profissionais de saúde precisam entender as percepções das mulheres e desenvolver estratégias embasadas na confiança e com a capacidade apoiar o parto natural.  |
| <b>A28</b> | Maternal quality and safety outcomes for Asians and Pacific Islanders in Hawai'i: an observational study from five years of statewide data         | The study goal was to fill a key research gap by comparing AHRQ maternal quality and safety outcomes across Asian American and Pacific Islander groups in Hawai'i, specifically across seven racial/ethnic groups: Filipino, Native Hawaiian, other Pacific Islander (e.g., Samoan, Tongan, Micronesian), Japanese, Chinese, other race/ ethnicity and white (as comparison). | Notavelmente, altas taxas de trauma obstétrico foram observadas entre partos vaginais chineses e japoneses. Filipinos e outras ilhas do Pacífico tiveram altas taxas de cesarianas. Havaianos nativos tinham melhor qualidade e resultados de segurança do que brancos em várias medidas de qualidade e segurança, incluindo trauma obstétrico durante o parto vaginal. Outras ilhas do Pacífico tiveram altas taxas de VBACs, enquanto os japoneses tiveram taxas mais baixas. |

|            |  |  |  |
|------------|--|--|--|
| <b>A29</b> | Obstetric Safety and Quality   | Destacar os principais conceitos em segurança e saúde qualidade e analisar o contexto das ciências da melhoria da qualidade com particular ênfase em resultados obstétricos e medidas de qualidade | Os principais objetivos da segurança do paciente e melhoria da qualidade estão reduzindo os danos, melhorando os resultados e otimizar o cuidado. Projetando, implementando e avaliando melhoria da qualidade e programas de segurança envolvem abordagens multidisciplinares em muitas camadas de o sistema com vários tipos de medidas usadas  |
| <b>A30</b> | Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras    | Avaliar a conformidade das pulseiras de identificação de mulheres na clínica obstétrica e seus neonatos no centro obstétrico.  | A pulseira e o método de identificação para o conhecimento, e será um meio efetivo para eliminar as falhas, se o paciente permitir seu uso, se as informações estiverem corretamente inseridas e se os cuidadores de saúde valorizarem e utilizarem a pulseira de identificação em seus processos de checagem..  |
| <b>A31</b> | Patient safety in maternal healthcare at secondary and tertiary level facilities in Delhi, India | This study was conducted to understand the challenges in government hospitals in ensuring patient safety and to propose solutions to improve patient care.   | Uma abordagem sistemática e sustentada com atenção em todas as funções da saúde pode ser benéfica. A segurança do paciente pode ser usada como um ponto de entrada para melhorar a qualidade serviços de saúde na Índia.   |
| <b>A32</b> | A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments           | In this analysis, we aimed to assess the impact of this program on liability claims and payments at a single institution.  | Consistiu em medidas para padronizar o atendimento, melhorar o trabalho em equipe e a comunicação, além de otimizar a supervisão e a revisão da qualidade. Publicações anteriores demonstraram melhorias nos resultados adversos e cultura de segurança associados a este programa. Concluímos que uma iniciativa de segurança obstétrica pode melhorar a exposição a reclamações e reduzir os pagamentos de responsabilidade. |
| <b>A33</b> | Hospital-Based Program to Increase Child Safety Restraint Use among Birthing Mothers in China    | To evaluate a hospital-based educational program to increase child safety restraint knowledge and use among birthing mothers.  | Os resultados indicaram que a educação de contenção de segurança infantil implementada em hospitais ajuda a melhorar o nascimento e conhecimento geral das mães. São necessários esforços adicionais para atender às necessidades específicas relacionadas à idade para promover assentos uso entre crianças.  |