

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



Tese

**Cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil: perspectiva dos
gestores e profissionais de enfermagem**

Ivanete da Silva Santiago Strefling

Pelotas, 2019

Ivanete da Silva Santiago Strefling

**Cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil: perspectivas
dos gestores e profissionais de enfermagem**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Coorientadora: Dr^a Enf^a Camila Rose Guadalupe Barcelos

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S914c Strefling, Ivanete da Silva Santiago

Cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil : perspectivas dos gestores e profissionais de enfermagem / Ivanete da Silva Santiago Strefling ; Marilú Correa Soares, orientadora ; Camila Rose Guadalupe Barcelos, coorientadora. — Pelotas, 2019.

176 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Segurança do paciente. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde materno-infantil. I. Soares, Marilú Correa, orient. II. Barcelos, Camila Rose Guadalupe, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Ivanete da Silva Santiago Strefling

Cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil: perspectivas dos gestores e profissionais de enfermagem

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

Data da defesa: 28/03/2019

Banca examinadora:

.....
Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares (orientadora)
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

.....
Dr^a. Enf^a. Camila Rose Guadalupe Barcelos (Coorientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Karen Knopp de Carvalho
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Diana Cecagno
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Adriane Calvetti de Medeiros
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Juliane Portella Ribeiro
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Fernanda Sant'Ana Tristão
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Dr^a Enf^a Ana Paula Escobal
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Dr^a Enf^a Eda Schwartz
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as Graças que me concedeu, e a mais essa em especial, ser Doutora em Enfermagem.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPEL, por todas as oportunidades de acolhimento e de aquisição de conhecimento.

Agradeço aos meus pais, Almiro e Orildes, por acreditarem no meu sonho e permitirem que eu partisse em busca desta realização.

Agradeço aos meus irmãos, Marilei e Ademir por compreenderem a minha ausência em muitos encontros familiares por estar distante e sempre ocupada.

Agradeço aos demais familiares pelo carinho e compreensão de sempre.

Agradeço, respeitosamente, a minha orientadora professora Dr^a Enf^a Marilu e a minha coorientadora Dr^a Enf^a Camila, pela paciência, compreensão e confiança no êxito desta tese.

Às professoras doutoras que contribuíram na qualificação do meu projeto e que aceitaram contribuir com os resultados desta pesquisa, disponibilizando seu precioso tempo.

Agradeço aos colegas da turma de doutorado, pela parceria, amizade e compartilhamento de sentimentos.

Agradeço a Universidade da Região da Campanha, em especial a coordenadora do curso de enfermagem, por compreender e facilitar a conclusão desta etapa.

Aos colegas professores e alunos por compreenderem este processo, apoiarem e incentivaram o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos participantes deste estudo pela disponibilidade em prestar as informações e possibilitar que este trabalho pudesse ser concluído.

Por fim, e de modo especial, agradeço ao meu filho Vitor e ao meu marido Sérgio, por entenderem os momentos de ausência e de nervosismo, que não foram poucos.

MEU MUITO OBRIGADA!

Resumo

STREFING, Ivanete da Silva Santiago. **Cultura de Segurança do paciente na Unidade materno-infantil: perspectiva dos profissionais de enfermagem e gestores.** 2019.176f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

A presente pesquisa objetivou conhecer as perspectivas dos gestores e dos profissionais de enfermagem em relação aos múltiplos fatores que envolvem a efetiva implementação das medidas de promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil de um hospital de ensino do sul do Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado mediante entrevistas semiestruturada com dezessete profissionais de enfermagem e sete os gestores do núcleo de segurança do paciente do hospital. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região da Campanha sob o Parecer nº2.505.458 e CAEE: 83237518.7.0000.534. O cenário de estudo foi a unidade materno-infantil do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas com coletas realizadas no período de fevereiro a maio de 2018. Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefrève para analisar os depoimentos que deram origem a três categorias. Na primeira categoria os participantes manifestaram boa expectativa com a nova configuração do quadro de pessoal do hospital e da unidade materno-infantil, porém a adesão de práticas seguras esta condicionada ao alinhamento das novas equipes e do empenho dos profissionais envolvidos. Na segunda categoria, notou-se que os gestores apontaram algumas iniciativas preconizadas nacional e internacionalmente que estão sendo implantadas na unidade materno-infantil como a identificação do paciente e o *checklist* parto seguro. Já no discurso dos profissionais de enfermagem identificaram-se principalmente ações pontuais relacionadas à operacionalização do seu fazer, como mudanças no padrão de prescrição médica, em equipamentos, na qualidade dos materiais utilizados e nos fatores estruturais da unidade. Na terceira categoria observou-se que tanto os gestores quanto os profissionais de enfermagem associam a mudança do quadro de pessoal, a dificuldade do trabalho em equipe, a comunicação ineficiente entre equipes multiprofissionais e entre os profissionais com a mulher e seus familiares como fatores que dificultam a adesão de medidas seguras de cuidado na unidade materno-infantil. Todavia, a comunicação entre os membros da mesma equipe e a perspectiva de melhorias com o ingresso de novos colaboradores foram potencialidades identificadas nos discursos dos participantes. Assim Este estudo permitiu inferir que a cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil encontra-se incipiente, visto que na ótica do pensamento sistêmico, existem muitas lacunas no processo de trabalho que interferem na qualidade e segurança do cuidado a mulher e ao recém-nascido. Frente o exposto, confirmou-se a tese de que a efetiva implementação de medidas que promovem a cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil se estabelece a partir do conhecimento e da percepção que os gestores e profissionais de enfermagem possuem a respeito dos múltiplos fatores que interferem no cuidado seguro. Sugere-se que esta temática seja incluída desde a academia para a disseminação da cultura de segurança do paciente como assunto transversal possibilitando assim desmitificar a cultura do erro e da punição e tornar os acadêmicos disseminadores desta proposta juntamente com a equipe de saúde e a gestão da instituição.

Palavras-chave: segurança do paciente; gestão em saúde; saúde materno-infantil.

Abstract

STREFING, Ivanete da Silva Santiago. **Culture of Patient Safety in the Maternal and Child Unit: the perspective of nursing professionals and managers.**

2019.176f. Thesis (Doctorate in Sciences) - Postgraduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

The aim of this thesis was to know the perspectives of nursing managers and professionals in relation to the multiple factors that involve the effective implementation of measures to promote the safety culture of the patient in the maternal and child unit of a teaching hospital in the south of Brazil. The sustained thesis was that the effective implementation of measures that promote the culture of patient safety in the mother-child unit is established based on the perception that managers and nursing professionals have regarding the multiple factors that interfere with safe care. This is a qualitative study, carried out through semi-structured interviews with seventeen nursing professionals and seven managers of the hospital's patient safety nucleus. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the University of the Region of the Campaign under the Opinion n°2.505.458 and CAAE: 83237518.7.0000.534. The research scenario was the maternal-infant unit of the School Hospital of the Federal University of Pelotas with collections from February to May 2018. The Discourse of the Collective Subject proposed by Lefrève was used to analyze the testimonies that gave rise to three categories. In the first category, the participants expressed good expectations with the new configuration of the staff of the hospital and the maternal and child unit, but the adherence of safe practices is conditioned by the alignment of the new teams and the commitment of the professionals involved. In the second category, it was noted that the managers pointed out some nationally and internationally recommended initiatives such as the identification of the patient and the safe childbirth checklist that are being implanted in the maternal and child unit. The discourse of nursing professionals, it was mainly identified specific actions related to the operationalization of their work, such as changes in the medical prescription pattern, in equipment, in the quality of the materials used and in the structural factors of the unit. In the third category, it was possible to infer that both managers and nursing professionals associate the change in the workforce, the difficulty of teamwork, inefficient communication between multi-professional teams and professionals with women and their families are factors that make difficult the adhesion of safety measures of care in the maternal-infant unit. Already the communication between the members of the same team and the perspective of improvements with the entry of new collaborators were identified potentialities in the speeches of the participants. The communication between the members of the same team and the perspective of improvements with the entry of new collaborators were identified potentialities in the speeches of the participants. This study allowed us to infer that the safety culture of the patient in the mother-infant unit is incipient, since, from the point of view of systemic thinking, there are many gaps that interfere with the quality and safety of the woman and the newborn. It is suggested that this issue be included since the Academy for the disclosure of patient safety culture as a cross-cutting issue thus enabling demystify the culture of error and of punishment and make academics disseminators of this proposal along with the health team and the management of the institution.

Keywords: patient safety; health management; maternal and child health.

Resumen

STREFING, Ivanete da Silva Santiago. **Cultura de la seguridad del paciente en la Unidad Materna e Infantil: perspectiva de los profesionales y gerentes de enfermería**. 2019.176f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Postgrado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

El objetivo de esta tesis fue conocer las perspectivas de los gestores y de los profesionales de enfermería en relación con los múltiples factores que involucran la efectiva implementación de las medidas de promoción de la cultura de seguridad del paciente en la unidad materno-infantil de un hospital de enseñanza del sur de Brasil. La tesis sostenida fue que la efectiva implementación de medidas que promueven la cultura de seguridad del paciente en la unidad materno-infantil se establece a partir de la percepción que los gestores y profesionales de enfermería poseen respecto a los múltiples factores que interfieren en el cuidado seguro. Se trata de un estudio cualitativo, realizado mediante entrevistas semiestructuradas con diecisiete profesionales de enfermería y siete gestores del núcleo de seguridad del paciente del hospital. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de la Región de la Campaña bajo el Dictamen n ° 2.505.458 y CAEE: 83237518.7.0000.534. El escenario de la investigación fue la unidad materno-infantil del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas con colectas realizadas en el período de febrero a abril de 2018. Se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo propuesto por Fernando Lefreve para analizar los testimonios que dieron origen tres categorías. En la primera categoría los participantes manifestaron buena expectativa con la nueva configuración del cuadro de personal del hospital y de la unidad materna-infantil pero la adhesión de prácticas seguras está condicionada a la alineación de los nuevos equipos y del compromiso de los profesionales involucrados. En la segunda categoría, como las medidas instituidas, se notó que los gestores apuntaron algunas iniciativas preconizadas nacional e internacionalmente como la identificación del paciente y el *checklist* parto seguro que se están implantando en la unidad materno-infantil. En el discurso de los profesionales de enfermería se identificaron principalmente acciones puntuales relacionadas con la operacionalización de su hacer, como cambios en el patrón de prescripción médica, en equipamientos, en la calidad de los materiales utilizados y en los factores estructurales de la unidad. En la tercera categoría, fue posible inferir que tanto los gestores y los profesionales de enfermería asocian el cambio del cuadro de personal, la dificultad del trabajo en equipo, la comunicación ineficiente entre equipos multiprofesionales y entre los profesionales con la mujer y sus familiares son factores que dificultan la adhesión de medidas seguras de cuidado en la unidad materna-infantil. La comunicación entre los miembros del mismo equipo y la perspectiva de mejoras con el ingreso de nuevos colaboradores fueron potencialidades identificadas en los discursos de los participantes. Este estudio permitió inferir que la cultura de seguridad del paciente en la unidad materno-infantil se encuentra incipiente, ya que en la óptica del pensamiento sistémico existen muchas lagunas que interfieren en la calidad y seguridad de la mujer y del recién nacido. Se sugiere que este tema se incluyan desde la Academia para la divulgación de la cultura de seguridad del paciente como una transversal número permitiendo desmitificar la cultura del error y de la pena y hacer multiplicadores de académicos de esta propuesta junto con el equipo de salud y la gestión de la institución

Palabras clave: seguridad del paciente; gestión de la salud; salud materno-infantil.

Figura

Figura 1	Síntese dos artigos da Revisão Integrativa.....	42
Figura 2	Modelo de queijo suíço.....	62

Lista de Abreviaturas e siglas

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetizas e Obstetras
AHRQ	Agency for Health Research and Quality
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AMSP	Aliança Mundial de Segurança do Paciente
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EUA	Estados Unidos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IRAS	Inferccões Relacionadas a Assistência da Saúde
IOM	Instituto of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem em Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente
RN	Recém Nascido
SISPRÉNATAL	Sistema Informação do Programa de Humanização do Parto e nascimento
SOMENFEE	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética
SUS	Sistema Único de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada

Sumário

1	Introdução.....	12
1.1	Justificativa.....	20
2	Objetivos.....	24
2.1	Objetivo Geral.....	24
2.2	Objetivos Específicos.....	24
3	Revisão de Literatura.....	25
3.1	Aspectos históricos a respeito da Segurança do paciente.....	25
3.2	Segurança do Paciente no contexto da atenção materno-Infantil.....	30
3.3	Segurança do paciente na maternidade: Revisão Integrativa.....	37
3.4	Cultura de segurança do paciente nas instituições de cuidado.....	47
4	Marco Teórico conceitual.....	53
4.1	Referencial Teórico: Teoria do Erro Humano de James Reason.....	57
5	Metodologia.....	65
5.1.	Caracterização do estudo.....	65
5.2.	Local do estudo	65
5.3.	Participantes do estudo.....	67
5.4	Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	67
5.5	Aspectos Éticos	68
5.6	Procedimento de coleta de dados	69
5.7	Análise dos dados.....	71
6	Resultados e Discussão	74
6.1	Caracterização dos gestores do Núcleo de Segurança do Paciente.....	74
6.2	Caraterização dos profissionais de enfermagem.....	76
7	Perspectivas dos gestores do NSP e profissionais de enfermagem quanto os múltiplos fatores que envolvem a promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil.....	78
7.1	Fatores que permeiam a adesão de medidas seguras de cuidado na unidade materno-infantil.....	78
7.2	Medidas instituídas na unidade materno-infantil para promover o cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos.....	88
7.3	Fragilidades e potencialidades das medidas propostas para a promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil.....	102
8	Considerações Finais.....	131
	Referências.....	135
	Apêndices.....	153
	Anexo.....	175

1 INTRODUÇÃO

A evolução científica facilitou a incorporação de altas tecnologias e novas práticas de saúde nas mais diversas áreas assistências, tanto do ponto de vista diagnóstico quanto terapêutico ao longo do último século (WHO, 2009). Estas incorporações têm proporcionado amplos benefícios para os pacientes, contudo, o cuidado em saúde tornou-se mais complexo e invasivo. As situações de riscos presentes no processo assistencial têm aumentado substancialmente nos serviços de saúde, podendo resultar em graves consequências a saúde do paciente ou até mesmo resultar no seu óbito (CAPELLA; CHO; LIMA, 2013; GOMES *et al.*, 2016).

Frente a isto, a segurança do paciente caracteriza-se pela redução do risco de danos evitáveis durante o cuidado em saúde ao mínimo aceitável, considerando o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou de adotar outro tratamento (WHO, 2009).

Ao longo da segunda metade do século XX, diversas investigações de base populacional foram desenvolvidas na Austrália, Reino Unido, Canada e Holanda envolvendo pacientes internados e revelaram preocupação com os altos índices de eventos adversos presentes no processo assistencial (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987; BRENNAM, LEAPE, 1991; LUCE; BINDMAN; LEE, 1994, LEAPE, 1994).

Contudo, o movimento em prol da segurança do paciente teve seu início no final do século XX, após a publicação do relatório *To err is Human: building a safer health system* o qual constatou que, dentre 33,6 milhões de internações hospitalares, cerca de 98 mil pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2009). Outro estudo realizado entre 2007 a 2009 em cinco países da América Latina apontou que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de dano, e destes, mais da metade poderiam ter sido evitados (IBERO, 2010).

A segurança do paciente no contexto da assistência materno-infantil se reveste de fundamental importância tendo em vista o número de pacientes envolvidos e o potencial de eventos adversos que podem surgir no processo assistencial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) dos 130 milhões de nascimentos que ocorrem todos os anos, cerca de 303 mil resultam na morte da mãe, 2,6 milhões de natimortos e outros 2,7 milhões de recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias após o nascimento. No Brasil, são aproximadamente 3 milhões de nascimentos que acontecem a cada ano, significando quase 6 milhões de pacientes, entre mãe e filho (BRASIL, 2011).

De acordo com informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde, incluindo os estabelecimentos públicos e privados (BRASIL, 2015). Procedimentos relacionados à assistência obstétrica representam a terceira causa de internação hospitalar no SUS e internações por afecções originárias no período perinatal totalizaram 218.418 no ano de 2012 (BRASIL, 2012a).

Além dos números, o processo e a natureza do trabalho na assistência materno-infantil expõem outras peculiaridades tais como amplo uso de força de trabalho humano, várias configurações de equipes, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais, que exige intensiva vigilância para a não ocorrência de incidentes, além de efetiva comunicação entre diversas disciplinas (VIEIRA *et al.*, 2011; ANVISA, 2014).

Segundo a Dra. Marie-Paule Kieny, diretora-geral adjunta da OMS, as mulheres e crianças morrem no parto por causas evitáveis como hemorragia pós-parto, infecção, trabalho de parto obstruído¹, pré-eclâmpsia e asfixia ao nascer e, muitas vezes, estas causas estão ligadas à má qualidade dos cuidados (IBSP, 2016, s/p).

¹“El parto obstruido implica que existe un obstáculo para el nacimiento por vía vaginal. Puesto que los dos componentes mecánicos de este proceso, a saber, la cabeza fetal y la pelvis de la madre, son en cierta medida maleables, se puede resolver el parto obstruido de varias maneras. Dicha obstrucción puede deberse a distintas circunstancias, por ejemplo, la obstrucción por tejido blando o la obstrucción por estrechez de la salida del canal pélvico. Cuando las contracciones uterinas parecen ser suficientes, es posible que la obstrucción del parto no requiera automáticamente una extracción abdominal. En una situación así, la extracción vaginal podría considerarse, prestando particular atención a la idoneidad de una de dos intervenciones específicas, la sinfisiotomía y la extracción por vacío, cada una con sus propios defensores y detractores” (VINCENT; WIM, 2001, 78p).

Pesquisadores realizaram um estudo nacional de base hospitalar intitulado *Nascer no Brasil*, entre 2011 e 2012, com puérperas e seus recém-nascidos das diferentes regiões do país e confirmaram que altas taxas de intervenções empregadas na atenção ao parto e ao nascimento resultam no aumento do risco de complicações à mulher e ao recém-nascido (LEAL *et al.*, 2014).

Diante de cenários como este, governos e organizações nacionais e internacionais se tem se mobilizado para apoiar estratégias de prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde e divulgar práticas que garantam a segurança do paciente. Neste intuito, a OMS adotou esta questão como tema de alta prioridade e lançou, em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (AMSP) (WHO, 2005).

Com a intenção de impulsionar discussões de diferentes realidades, a AMSP dispõe de seis metas² internacionais de segurança do paciente. Para atingir tais metas, a OMS instituiu a cada dois anos um desafio global³ enfocando situações mais frequentes e de maior risco presentes nos serviços de saúde (WHO, 2009).

O Brasil também assumiu este compromisso e tem se ocupado fortemente com a melhoria do cuidado e com a qualidade das ações de saúde. Um dos marcos importante foi à instituição, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, por meio da Portaria nº529 que orienta compor um comitê de implementação do PNSP com a participação de órgãos e entidades de saúde e instituições de ensino e pesquisa da área de segurança do paciente sob a coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013).

Por sua vez, a Resolução nº36/2013 da ANVISA, trás como obrigatoriedade a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os estabelecimentos de saúde. Este NSP tem por finalidade promover e apoiar a implementação de

² As seis metas internacionais de segurança do paciente são: Identificar os pacientes corretamente, Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência, melhorar a segurança de medicações de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (BRASIL, 2013).

³ Até o momento foram lançados os seguintes desafios Globais: **Cuidado Limpo é Cuidado Seguro** visando reduzir as infecções relacionadas ao cuidado pela melhoria da higienização das mãos dos profissionais de saúde; **Cirurgias Seguras Salvam Vidas**, visando melhorar a segurança no decorrer do processo cirúrgico em todos os contextos de cuidados de saúde e por último, o **Uso seguro de medicamentos** para conscientizar e conseguir o engajamento dos líderes mundiais e profissionais do mundo todo para a prevenção de erros relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos (WHO, 2016).

protocolos, check-list e notificações de eventos adversos a fim de qualificar o cuidado em saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2016). No que tange a atenção obstétrica e neonatal, a temática segurança do paciente também tem sido objeto de atenção nos últimos anos, em especial no que se refere à segurança da mulher na sala de parto e no puerpério (HOCH; VILAMIL; MARTINS, 2010).

Para Silva *et al.* (2016), o uso excessivo de intervenções, tais como altas taxas de cesariana, aceleração do trabalho de parto com ocitocina e amniotomia, aplicação da manobra de Kristeller e realização de episiotomia, além de outras práticas, que deveriam ser utilizadas de forma criteriosa, podem expor a mulher e o recém-nascido à riscos de eventos adversos. Por outro lado, a utilização insuficiente de intervenções eficazes e seguras está entre os principais fatores que podem gerar danos físicos, incluindo hemorragias, complicações anestésicas, lesões em órgãos internos, infecções, distúrbios tromboembólicos, bem como danos psicológicos e sociais podendo evoluir para near-miss⁴ e ao óbito (SALGADO *et al.*, 2017).

Perante este contexto, a ANVISA elaborou em 2014 o documento Serviço de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade voltado para o fortalecimento dos serviços de saúde onde a assistência à mulher e o recém-nascido se realiza. Este documento tem como objetivo reduzir os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e minimizar os danos relacionados aos procedimentos assistenciais, além de contribuir para uma assistência que tenha como focos principais a segurança e a humanização do cuidado (ANVISA, 2014).

Paralelo às ações governamentais que embasam o cuidado seguro, a assistência no processo gravídico-puerperal inclui a compreensão ampliada da situação de saúde da mulher e do recém-nascido. A gravidez, o trabalho de parto, o parto e o nascimento de um filho são momentos únicos na vida das mulheres e seus familiares e, quase sempre, vem acompanhado de fortes emoções, podendo deixar marcas positivas e/ou negativas, para o resto das suas vidas (VIEIRA *et al.*, 2011).

Por esta prerrogativa, a preocupação com a segurança no cuidado desta população precisa incluir além do cuidado clínico, os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos neste momento tão ímpar (ESCOBAL *et al.*, 2016).

⁴ Near-miss: Incidente que não atingiu o paciente. Ex: uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes do sangue ser infundido (BRASIL, 2013).

Contudo, a OMS divulgou em 2014 que gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida (BOWSER; HILL, 2010). Essas práticas, conceituadas como violência obstétrica⁵ podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade (OMS, 2014).

Nesta linha de pensamento, o MS infere que para oferecer o cuidado materno-infantil seguro é preciso prevalecer uma concepção multidimensional dos eventos adversos, uma vez que podem comprometer a estrutura ou função do corpo, como lesões, incapacidade, disfunção ou mesmo a morte, assim como, pode haver sofrimento social, psicológico, moral e cultural. Qualquer que seja o tipo de comprometimento, este deve ser enquadrado na categoria de danos ao paciente (ANVISA, 2014).

Referente a estes aspectos, ratifica-se as afirmações de Scarrow (2009) e Ennen (2013), quanto às estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal que devem incluir todas aquelas voltadas ao cuidado dos pacientes em geral assim como estratégias específicas para a gestante, parturiente, puérpera e o RN. Dentre tais estratégias, os autores destacam capacitação individual e em equipe dos provedores de cuidado, simulações, desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem, uso da tecnologia da informação, educação e rondas de segurança.

De acordo com Escobal *et. al.* (2016), gestos como atenção, desvelo, escuta e a presença de um acompanhante são essenciais para o cuidado qualificado nos

⁵ A violência obstétrica caracteriza-se pelo uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas, assim como abuso, desrespeito a autonomia, maus tratos e negligência durante o trabalho de parto e parto, pelos profissionais de saúde (OMS, 2014; ZANARDO *et. al.*, 2017).

momentos em que a parturiente permanece aos cuidados dos profissionais de saúde.

Contudo, estudos de âmbito nacional e internacional têm apontado a presença de diferentes fragilidades nos serviços de saúde que assistem gestantes, parturientes, puérperas e RNs (CARVALHO *et al.*, 2012; MARTIJN *et al.*, 2013; MADZIMBAMUTO *et al.* 2014). Tais fragilidades vão desde atraso na prestação de cuidados nas situações de urgência; obstáculos no acesso aos serviços de saúde; falta de comunicação sobre o tratamento entre os prestadores de cuidados da mesma instituição, entre a atenção primária e a assistência hospitalar e falta de comunicação com as mulheres, assim como a demora no encaminhamento para o especialista; incapacidade de reconhecer a seriedade da condição das mulheres; a falta de conhecimento científico; falha em seguir as práticas recomendadas e falta ou falha em implementar políticas, protocolos e diretrizes pelo MS (MARTIJN *et al.*, 2013; MADZIMBAMUTO *et al.*, 2014).

Carvalho *et al.* (2012), constataram, em seu estudo que a maioria dos trabalhadores de um centro obstétrico admitiram desconsiderar as recomendações da OMS e do MS, publicadas em 1996, e continuam empregando condutas consideradas prejudiciais ao parto⁶. Frente o exposto, considera-se urgente a necessidade dos serviços de saúde reconhecerem que o período periparto precisa ser vivenciado como uma experiência humana e não apenas biológica, no qual a mulher é protagonista e precisa vivenciar este momento com liberdade para expressar suas emoções, medos e anseios.

Neste sentido, a participação integrada da equipe de saúde durante o processo de parturição é de suma importância, pois o acolhimento nesse período oferece as mulheres tranquilidade e segurança e as auxilia na superação das intervenções e procedimentos, por vezes desconfortáveis (RATTNER, 2009).

⁶ Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. Dentre as **condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas** encontra-se: Uso rotineiro de enema; uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos; infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto; acesso venoso de rotina; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; exame retal; administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto; uso rotineiro da posição de litotomia; esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo; massagens ou distensão do períneo durante o parto; lavagem rotineira do útero depois do parto; revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto (OMS, 1996).

Deste modo, acredita-se que investir na mudança do modelo de atenção à saúde aonde o modelo reducionista e mecanicista dê espaço para uma visão do sistema⁷ de cuidado como um todo, onde inclua o aperfeiçoamento da equipe de saúde, a utilização de boas práticas, aprimoramento do uso de tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho. Estas constituem questões primordiais para o alcance do cuidado qualificado e com foco na segurança das mulheres, dos recém-nascidos e de seus familiares.

Segundo Pereira (2010), para desenvolver um ambiente seguro e resolutivo no cuidado as mulheres e os recém-nascidos é necessário considerar que a ocorrência de eventos adversos está associada a diversos fatores. Dentre eles, as atitudes dos profissionais de saúde, as ações dos pacientes (a gravidade do caso ou a não aderência ao tratamento) assim como ao ambiente de trabalho (infraestrutura e ou gerência). Porém a ANVISA (2013), ressalta que a redução dos riscos e dos danos na assistência materno-infantil dependerá, sobretudo, de uma mudança da cultura instituída dentro das organizações de saúde em relação às medidas que promovem o cuidado seguro, alinhada à política de segurança do paciente, estabelecida nacionalmente.

Reis, Martins e Laguardia (2013) ratificam a perspectiva de Reason (1997; 2000) quanto ao cuidado seguro, afirmando que incidentes no processo de cuidado podem ser consequências de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da instituição, a sua cultura, suas práticas de trabalho, as abordagens da gestão sobre a prospecção dos riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros.

⁷ O conceito de sistema traz as relações entre as partes e o todo, permitindo a compreensão de toda e qualquer atividade complexa, sendo os sistemas constituídos de conjuntos de componentes que se interagem, se inter-relacionam, se transformam e atuam entre si na execução de um objetivo global. Estes conjuntos poderão ser assumidos como subsistemas ou processos, com funções e objetivos próprios, os quais afetam o comportamento do conjunto como um todo. Qualquer ação de uma parte, necessariamente, provocará uma reação das demais (CHURCHMAN, 1975). O sistema de cuidado de um hospital é complexo, composto por várias etapas que estão inter-relacionadas e interligadas por diversas ações e envolvendo sempre muitos indivíduos e múltiplas transferências de pedidos ou materiais, que passam de uma mão à outra e que por consequência, podem conduzir a erros (LEAPE *et al.*, 1994). Segundo Watcher (2013) a segurança do paciente na perspectiva na abordagem do pensamento sistêmico reconhece a condição humana e a possibilidade de erros e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipe os erros e que os previnam ou captem antes dos mesmos causarem danos ao paciente. Desta forma, o conceito de sistema adotado nesta pesquisa será com base nas ideias dos autores (REASON, 2000; 2005; 2008; VICENT, 2010; WATCHER, 2013) que fundamentam o pensamento sistêmico na perspectiva do sistema de cuidado inserido no interior das organizações de saúde.

Assim sendo, corrobora-se com os autores supracitados ao acreditar que para a efetiva implementação do modelo humanístico de cuidado a mulher e ao recém-nascido e a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente na unidade materno-infantil, é necessário o fortalecimento de uma cultura de segurança institucional incluindo tanto os gestores do serviço como os profissionais de saúde envolvidos direta e indiretamente no cuidado.

A cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo, competência, gestão da saúde e segurança de uma organização. Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas pela comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança e eficácia das medidas preventivas (VINCENT, 2010).

Neste contexto, a promoção da cultura de segurança do paciente nas unidades materno-infantis traz a possibilidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de cuidar, referente à segurança do paciente, uma vez que a presença de barreiras organizacionais e a falta de habilidades técnica, ética e política pode prejudicar a realização do planejamento e do desenvolvimento de estratégias voltadas para a adoção de práticas proficientes e seguras que proporcionem a minimização de incidentes e a melhoria da assistência (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Portanto, para elevar a qualidade do cuidado com vistas à segurança do paciente, torna-se essencial disponibilizar espaços que propiciem momentos de reflexões, trocas e discussões quanto às ações que permeiam a segurança durante a atenção a mulher e o RN, no sentido de preencher as lacunas existentes e suprimir as práticas prejudiciais e eventuais incidentes persistentes nos serviços de saúde materno-infantil. É preciso a mobilização dos gestores e dos trabalhadores de saúde envolvidos no processo de cuidado quanto à necessidade de conhecer e reconhecer falhas e adotar medidas de cuidados seguras para evitar danos à mulher e o recém-nascido.

1.1 Justificativa

A aproximação com o tema segurança do paciente no contexto da atenção obstétrica teve início durante a graduação em enfermagem e se intensificou no desenvolvimento da dissertação de mestrado (STREFLING, 2013) cujo foco foi a atenção a mulher que sofreu complicações em decorrência do abortamento. Nesta ocasião percebeu-se que a recorrência de situações de aborto e agravos à saúde da mulher é multicausal, podendo estar atrelados desde a dificuldade de acesso ao planejamento familiar, à falta de informações, ao déficit do planejamento individualizado do cuidado, a deficiente comunicação durante o atendimento da mulher hospitalizada até as barreiras socioculturais e de gênero.

Estas lacunas podem culminar em falhas na percepção dos reais motivos que levam a mulher se expor à situação de risco; falhas na identificação de possíveis danos psicológicos e sociais e até mesmo no agravamento das condições clínicas, pois a impessoalidade do atendimento ou as interferências de fatores morais e éticos podem dificultar a interação do profissional de saúde com a mulher; a identificação das principais necessidades e o desenvolvimento de ações educativas e de reinserção social.

Dando sequência na formação acadêmica com a realização de um curso de especialização em Auditoria em Saúde em 2013, foi possível constatar que a falta de visão multidimensional sobre os fatores que envolvem a segurança do paciente, se reflete na subnotificação de situações de risco ou de erros no processo de cuidado que pode resultar em danos momentâneos e ou permanentes à saúde dos pacientes. Também se percebeu que a presença de incidentes no percurso de cuidado e a notificação destes, pode ser encarada como uma oportunidade de corrigir falhas e melhorar o funcionamento do sistema de saúde, revendo os processos e oportunizando qualificação aos trabalhadores e não simplesmente buscar pelo culpado e puni-lo.

Atualmente, supervisionando estágios curriculares em unidades materno-infantis se nota que iniciativas como implementação de protocolos, informatização de prescrições e evoluções de enfermagem, checklist, dentre outras estratégias recomendadas pela gestão, para promover a segurança do paciente, nem sempre são vistas com bons olhos pelos profissionais de saúde. Muitas vezes, as medidas

são entendidas como simples acúmulo de burocracia e sua real funcionalidade é afetada, uma vez que podem se tornar automatizadas e despersonalizadas.

De acordo com Tomazoni *et al.*, (2014) para que o cuidado realmente torne-se seguro necessita partir dos próprios profissionais de saúde, a consciência que a segurança é um processo contínuo e estruturado nas instituições por meio de comunicação efetiva, confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos de segurança, liderança, ações que justifiquem a importância da temática e de abordagem não punitiva e centrada no erro.

Como estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, Wegner *et al.* (2016), apontam o reconhecimento das situações de risco, o fortalecimento do trabalho em equipe, o estímulo à educação permanente e a inserção transversal do tema na formação profissional dos trabalhadores em saúde.

Ainda nesta lógica, Macedo *et al.* (2016), assinalam que os profissionais de enfermagem encontram dificuldades em reconhecer a preocupação da gestão quanto aos aspectos que envolvem a segurança do paciente e reafirmaram a presença da cultura tradicional da culpa e da punição, retratando a necessidade de se modificar a cultura atual ainda presente nas unidades obstétricas. Já Tase (2015) reforça a importância do monitoramento sistemático de protocolos instituídos, possibilitando a implementação de medidas corretivas e preventivas, pois embora instituído, nem sempre os protocolos são executados na prática.

Destarte, constata-se que o estímulo à adesão às normativas institucionais em relação às medidas de segurança do paciente ainda é frágil, sobretudo na área obstétrica. Esta é uma justificativa do presente estudo, pois apesar das diversas normativas recomendadas, tanto pelos órgãos nacionais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014) quanto internacionais (WHO, 2015) para qualificar a atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no decorrer do processo de parturição, observações do dia a dia, assim como investigações científicas, apontam que adoção de medidas seguras é uma fragilidade que está presente no interior das instituições hospitalares, inclusive, nas unidades materno-infantis (HOCH, VILAMIL; MARTINS, 2010; TOMAZONI *et al.*, 2014; TASE, 2015, MACEDO *et al.*, 2016; WEGNER *et al.*, 2016; SCHRODER *et al.*, 2017).

Além das lacunas apontadas acima, a justificativa deste estudo, também está ancorada na recomendação da OMS que indica como uma das prioridades para a

pesquisa na área de segurança do paciente, os cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos (WHO, 2010).

Portanto, normativas que promovam a segurança do paciente precisam ser implementadas, e isto só será possível mediante coparticipação e comprometimento coletivo dos sujeitos envolvidos direta e indiretamente no cuidado. Assim, acredita-se ser oportuno desenvolver investigações que aprofunde temas relacionados à segurança do paciente e sobre as ações e as atitudes que potencializam a cultura de segurança do paciente no decorrer da assistência prestada, entre os membros gestores do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que trabalham para qualificar o cuidado e dos profissionais de enfermagem que atuam diretamente com o paciente nas unidades materno-infantis.

A opção por abranger estes sujeitos, neste estudo, justifica-se, pois incidentes e eventos adversos são possíveis de ocorrer em todas as ações humanas e, também, porque como o referencial teórico que norteia esta pesquisa enfatiza, as questões que envolvem a segurança do paciente incluem as ações humanas, mas, sobretudo, o sistema de cuidado como um todo.

Frente a isso, acredita-se que a visão multidimensional dos envolvidos tanto no planejamento quanto na operacionalização do cuidado, facilita a compreensão do fenômeno. Desta forma, torna-se imprescindível repensar as práticas, e perceber que é possível evitar e ou reduzir complicações às mulheres e seus bebês adotando práticas seguras de cuidado.

Alinhado ao referencial teórico de James Reason (2000; 2005; 2008), para o qual a segurança do paciente nas instituições de saúde resulta da visão sistêmica dos múltiplos fatores que podem causar incidentes no processo de cuidado, e para responder aos objetivos propostos neste estudo, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as perspectivas dos profissionais de enfermagem e gestores do Núcleo de Segurança do Paciente a respeito das ações de promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil de um hospital de ensino do sul do Brasil? Para responder esta questão elaborou-se os seguintes pressupostos:

- Para os gestores do NSP e os profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil, as ações implementadas em torno do cuidado seguro, são insuficientes para o estabelecimento de uma cultura de segurança;
- Os Gestores do NSP tem ciência que as ações propostas para promover o cuidado seguro na unidade materno-infantil são incipientes;

- Os profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil não estão cientes que o cuidado seguro depende da vigilância constante dos múltiplos fatores que envolvem a segurança do paciente;

- A cultura de segurança do paciente ainda não está estabelecida entre profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil e gestores do NSP.

Diante do exposto, este projeto de pesquisa defendeu a seguinte **tese**:

A efetiva implementação de medidas que promovem a cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil se estabelece a partir do conhecimento e da percepção que os gestores do NSP e profissionais de enfermagem possuem a respeito dos múltiplos fatores que interferem no cuidado seguro.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Conhecer as perspectivas dos gestores do Núcleo de Segurança do Paciente e dos profissionais de enfermagem em relação aos múltiplos fatores que envolvem a efetiva implementação das medidas de promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil de um hospital de ensino do sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar os fatores que permeiam a adesão de medidas seguras pelos profissionais de enfermagem que cuidam das mulheres e dos recém-nascidos na unidade materno-infantil.
- Identificar as medidas instituídas na unidade materno-infantil para promover o cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos;
- Elencar fragilidades e potencialidades das medidas propostas para a promoção da cultura de segurança do paciente no contexto da unidade materno-infantil;

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, o pesquisador apresenta os principais conceitos e categorias as quais irá abordar, fazendo um debate com autores que se dedicam ao estudo do assunto, complementando com suas percepções críticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Sendo assim, neste capítulo será desenvolvido a construção do objeto de estudo, abordando inicialmente a contextualização da segurança do paciente e seu processo histórico, na sequência a segurança do paciente no contexto materno e neonatal e uma revisão integrativa sobre a produção científica relacionada a segurança do paciente em unidade materno-infantil e por fim a cultura de segurança do paciente nas instituições de cuidado.

3.1 Aspectos históricos a respeito da Segurança do paciente

O conhecimento de que o paciente é colocado em risco ao receber cuidados relacionados à sua saúde não é tema novo. No século IV antes de Cristo, Hipócrates, considerado pai da medicina e um pensador à frente para sua época, escreveu *Primum non nocere* ou “primeiro não causar dano”. Com isso ele admitiu que mesmo num contexto de cuidado rudimentar, atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade sobre o cuidado em saúde (WACHTER, 2010).

Antigamente não se dispunha de assistência especializada e mesmo assim não era permissivo errar. À medida que ocorreram novos avanços no conhecimento e conseqüentemente a tecnologia foi progredindo, o nível de complexidade assistencial aumentou e a probabilidade de ocorrer erros também. Como medida de coibição de atos falhos cada vez mais era adotada a conduta punitiva, a fim de

identificar e apontar sempre o indivíduo responsável pelo engano (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 1863, Florence Nightingale, enfermeira, intelectualmente avançada para sua época e pioneira no tratamento à feridos de guerra, na utilização do modelo biomédico e de métodos de representação visual de informações, mencionou no livro *Notes on Hospitals* que poderia parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital é não causar dano aos doentes (GEORGE, 2000).

Nightingale quis ressaltar que existiam falhas nos serviços de saúde que atendiam os soldados internados, mas que a adoção de medidas simples como a melhoria da higiene e das condições sanitárias dos hospitais poderia levar a expressivas quedas nas taxas de infecções hospitalares e redução da mortalidade (WACHTER, 2013).

Quarenta e oito anos após o relato de Florence, Ernest Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachussets, EUA, preocupado com as questões de segurança dos pacientes, procurou alertar que para obter melhores resultados no cuidado aos pacientes era necessário melhorar as condições dos hospitais (LUCE; BINDMAN; LEE, 1994). Codman propôs o primeiro método de monitoramento do resultado do cuidado com o argumento de que é fundamental verificar se o cuidado prestado foi efetivo. Conseguiu influenciar positivamente o Colégio Americano de Cirurgiões e o grupo de Codman criou, em 1917, o primeiro elenco de padrões hospitalares, conhecido como padrões mínimos que se constituíram no alicerce da estratégia de acreditação (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Em 1974, operadoras de saúde nos Estados Unidos ao se depararem com grande número de benefícios requeridos pelos segurados, solicitaram um estudo à *California Medical Association* e a *California Hospital Association* para conhecer a situação de segurança dos serviços prestados pelas seguradoras de saúde. Neste estudo foram revisados 21mil prontuários em 23 hospitais da Califórnia, identificando-se eventos adversos em quase metade dos pacientes hospitalizados (ZAMBON, 2009).

Em 1991, outro estudo revisou prontuários de pacientes que receberam alta de hospitais em Nova York e concluiu que uma parte substancial dos eventos adversos foram provocados por erros no processo assistencial. A partir destas constatações deu-se início a uma busca por métodos e processos que pudessem reduzir tais erros (BRENNAM, LEAPE, 1991). O médico Lucian Leape, integrante

desta pesquisa e professor de *Harvard School of Public Health*, publicou em 1994 o artigo “*Error in Medicine*” no *Journal American Medical Association* (JAMA), sugerindo a necessidade de uma abordagem sistêmica da segurança, sendo considerado o primeiro clássico na literatura da saúde abordando a temática (LEAPE, 1994).

No entanto, a preocupação com a segurança do paciente só se tornou realidade mundial após a publicação do relatório *Errar é Humano* do *Institute Of Medicine* (IOM), proclamando que erros no processo assistencial causavam a morte evitável de cerca de 100 mil pessoas por ano nos Estados Unidos. Tais erros não resultavam da prática de médicos ou enfermeiras descuidadas, mas por deficiências oriundas dos sistemas e que as lesões poderiam ser reduzidas em 90% dos casos por meio de correção de falhas sistêmicas (KOHN *et al*, 2000).

Esta notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram e apoiaram estratégias que enfatizavam ações de prevenção e redução de falhas no cuidado à saúde (CAPELLA; CHO, LIMA, 2013). Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Resolução 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitava urgência aos Estados-Membros em dispor mais atenção ao problema da segurança do paciente (WHO, 2008).

No decorrer da 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em outubro de 2004, a OMS apoiou a criação da AMSP para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Na ocasião, foram propostos objetivos que além de orientar a promoção de melhorias específicas relacionadas à assistência à saúde, compunham as estratégias de hospitais em processo de acreditação e naqueles já acreditados (WHO, 2008).

Dentre os objetivos principais da AMSP estão: apoiar os esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente; posicionar os pacientes no centro deste movimento; desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de segurança do paciente, reduzindo os riscos para os futuros usuários dos serviços de saúde; definir soluções de segurança relevantes que estejam amplamente disponíveis e que sejam de fácil implementação, de acordo com suas necessidades; desenvolver e divulgar o conhecimento sobre saúde baseada em evidências e melhores práticas; iniciar e

promover a investigação nas áreas que terão maior impacto nos problemas de segurança; explorar maneiras em que as novas tecnologias podem ser aproveitadas no interesse de cuidados mais seguros (ANVISA, 2013).

Para alcançar tais objetivos a OMS tem lançado Desafios Globais, os quais orientam a identificação de ações para evitar riscos e norteiam os países na sua implantação (WHO, 2009). Já foram lançados três desafios, o primeiro teve como foco as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema: Uma assistência limpa é uma assistência mais segura, em 2005. O segundo em 2007, teve como desafio promover a segurança dos pacientes na cirurgia, intitulado: cirurgias seguras salvam vidas; e o terceiro em 2011, enfocou a prevenção da resistência microbiana aos antimicrobianos (ANVISA, 2013).

Além dos Desafios Globais, alguns países adotaram outras estratégias para estudar e propor medidas de melhoria, como a criação de agências especializadas – *National Patient Safety* (Reino Unido), *Danish Society for Patient Safety* (Dinamarca), *Australian Patient Safety Agency*, e *Agency for Healthcare Research and Quality* (Estados Unidos) e a implantação de sistemas de notificação voluntária de eventos adversos em diversos países (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No Brasil a ANVISA instituiu a Rede de Hospitais Sentinela em 2001, com o propósito de controlar a qualidade de medicamentos, equipamentos, insumos, hemoderivados entre outros serviços (BRASIL, 2001). Frente este cenário a enfermagem, como membro proativo e participante direto nas práticas assistências e responsável pela garantia da segurança do paciente e da promoção de uma cultura de segurança, levantou algumas estratégias importantes para prestar o cuidado seguro, como a comunicação entre a equipe, envolvimento do paciente no seu cuidado e a valorização do profissional por meio da educação continuada (RBESP, 2013).

Na área da enfermagem, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, no Chile em 2005, a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (CORE/SP, 2010). Já na realidade brasileira, os profissionais de enfermagem vêm se organizando em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, entre as quais se destacam a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

(REBRAENSP) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFEE) (BRASIL, 2014).

A REBRAENSP foi criada em maio de 2008, vinculada à RIENSP e está disseminada em 12 Estados, dentre eles o Rio Grande do Sul, com 17 polos e 13 núcleos constituídos por mais de 500 profissionais de Enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem. De forma voluntária, os profissionais de enfermagem participam de todas as ações propostas pelas redes, impulsionando aprimoramentos nas práticas e no ensino e pesquisa sobre a temática da segurança do paciente (COREN/RS, 2010).

Porém as ações em prol da segurança do paciente se intensificaram no Brasil somente a partir do ano 2011. Neste ano a ANVISA publicou a Resolução RDC nº 63 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, destacando no capítulo II, seção II, a obrigatoriedade de os serviços de saúde estabelecerem estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente (BRASIL, 2011). Esta normativa foi uma medida importante para regulamentação de ações desenvolvidas nas instituições de saúde, em âmbito nacional e propiciou o lançamento oficial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529 em 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a).

O PNSP tem como principal objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para isso a ANVISA, em parceria com o MS, publicou a Resolução nº36/2013 na qual orienta a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, no período de 120 dias, com consequentes multas, sansões e suspensão da licença sanitária no descumprimento das determinações (BRASIL, 2013b). O NSP tem como atribuição elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, demonstrando assim, o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes (BRASIL, 2016).

Na sequência, o MS publicou, em parceria com a ANVISA e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a portaria Nº 2.095/13 contendo seis protocolos básicos para promover a segurança do paciente: prática de higiene das mãos; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação dos pacientes; prevenção de quedas e lesões por pressão e cirurgia segura (BRASIL, 2013c).

Ainda, com vistas a fortalecer o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, a ANVISA disponibilizou em 2015, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. O objetivo deste Plano é identificar e minimizar riscos, visando à prevenção de danos aos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2015). Além do estímulo à prática assistencial segura, exemplificada pelas ações citadas, o PNSP possui como eixos o envolvimento do paciente na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas na área (BRASIL, 2014).

Acredita-se que todas as ações descritas acima foram geradas com o intuito de minimizar os incidentes durante a assistência à saúde, com propostas voltadas para segurança do paciente e qualidade da assistência prestada. Não obstante, a PNSP vai além, pois tem como potencialidade promover o protagonismo dos profissionais de saúde nos processos de qualificação do cuidado (BRASIL, 2014).

Na atenção materna e neonatal, somada aos fatores presentes no sistema de saúde em geral, encontram-se peculiaridades como mudanças repentinas, necessidade de cuidar de duas vidas, duração do cuidado, diversidade de locais e profissionais, experiências humanas, expectativas de resultados positivos e alta incidência de intervenções (BRASIL, 2014).

Desta forma, frente a importância de focar especificamente a segurança do paciente no contexto da atenção materna e neonatal, o tópico a seguir apresenta uma abordagem sobre as principais iniciativas políticas-governamentais que norteiam as práticas de saúde nesta área.

3.2 Segurança do paciente no contexto da atenção materno-infantil

Frente ao contexto da segurança do paciente, o cuidado seguro à mulher e o recém-nascido caracteriza-se pela redução de riscos e danos evitáveis associados à assistência até um mínimo aceitável, bem como o emprego de práticas que subsidiem os resultados esperados e garantam a participação ativa da parturiente (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

Segundo a WHO (2009), o mínimo aceitável se refere àquilo que é viável diante de evidências científicas, dos recursos disponíveis, do contexto em que a assistência foi realizada e das condições intrínsecas da mãe e do recém-nascido.

Conforme o MS a atenção obstétrica e neonatal tem peculiaridades próprias intrínsecas ao processo reprodutivo que precisam ser consideradas em sua organização, estruturação e oferta. Dentre as peculiaridades o MS destaca o caráter fisiológico da gravidez e do parto que possibilita intercorrências inesperadas e situações emergenciais que podem modificar o curso do ciclo gravídico-puerperal ou do parto. A assistência na maternidade abrange duas ou mais vidas podendo gerar conflitos de interesses. A atenção com a gestante, puérpera e recém-nascidos, por si só é longa, abrangendo todo ciclo gravídico-puerperal e podendo se prolongar para além do puerpério tardio e remoto (BRASIL, 2014).

De acordo com MS (2014) a assistência materna e neonatal se dá em múltiplos locais e envolve uma variedade de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos entre outros. As experiências humanas, culturais, sociais e emocionais relacionadas a todos os aspectos envolvidos no processo da gravidez e do parto, assim como os da assistência ofertada que são vivenciadas pela mulher e sua família podem deixar marcas negativas ou positivas por toda a vida (ARAUJO *et al.*, 2012).

Também, há por parte das mulheres, suas famílias e, muitas vezes, pelos profissionais de saúde, dificuldades em lidar com resultados negativos e adversos que podem advir da gestação e parto, uma vez que estes culturalmente estão carregados de expectativas positivas sobre a vida nova que está se formando e que chegará em breve (GOMES, 2011).

No que tange as políticas públicas de saúde e frente a criticidade das condições que envolvem a segurança do paciente na assistência obstétrica no país, a integralidade⁸ da assistência e o protagonismo das mulheres no decorrer da gestação e do processo de parturição, militantes da reforma sanitária reivindicaram desde a década de 1980 a garantia de assistência segura e o cumprimento destes direitos (BRASIL, 2004).

A temática maternidade segura está em pauta, desde então, quando estudiosos da área admitiram que ainda havia muito a ser feito para que a qualidade da assistência obstétrica e, conseqüentemente, a segurança das mulheres assistidas, fossem alcançadas (REIS, PEPE, CAETANO, 2011; VIEIRA *et al.*, 2011;

⁸ Integralidade constitui-se como um dos princípios do Sistema Único de Saúde disposto na lei 8.080/90 no qual considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orientada por políticas e ações de saúde que sejam capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços e constrói-se na práxis das equipes de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2011).

WEGNER; PEDRO, 2012). Entretanto, estatísticas apontam que os agravos e danos relacionados à saúde materna e perinatal ainda são os principais determinantes dos elevados índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal, tanto no Brasil como nos demais países em desenvolvimento e que 92% das mortes maternas e mais de 70% dos óbitos de RNs poderiam ser evitados (LANSKY et. al., 2014).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a OMS, confirmam esta magnitude ao apurar que, no mundo, mais de meio milhão de mulheres entre 15 e 49 anos, morrem, anualmente, em consequência de complicações durante a gravidez e o parto; aproximadamente 50 milhões sofrem de enfermidades e incapacidades relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério que afetam suas vidas e, pelo menos 3 milhões de crianças nascem mortas ou morrem nas primeiras semanas de vida (OPAS, 1990; WHO, 2010, LANSKY et. al. 2014).

Em 1985 durante um evento organizado pela OPAS no Estado do Ceará/Brasil, especialistas mundiais discutiram tecnologias apropriadas para o parto, com vistas a promover melhorias nas práticas clínicas obstétricas e garantir uma assistência ao parto mais segura e humanizada. Algumas ações sugeridas neste encontro estão implícitas atualmente nas recomendações preconizadas pela AMSP, tais como: a equipe obstétrica deve trabalhar integrada para evitar a exposição da mulher à riscos; no treinamento da equipe devem ser incluídas técnicas de comunicação que promovam a troca sensibilizada entre os membros da equipe, paciente e seus familiares; além do uso de tecnologias apropriadas e boas práticas (OMS, 1985).

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado pelos profissionais de saúde na atenção às mulheres em processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas no mundo todo. As ações recomendadas foram classificadas em boas práticas do parto e nascimento, condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornarem evidentes e condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

No Brasil, o MS tendo como base recomendações da OMS instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000. Este

programa traz como principal objetivo, além de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, garantir a segurança e a qualidade da assistência no parto e puerpério (BRASIL, 2000).

Como a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento da gestante, da parturiente, da puérpera e do RN, foi lançado em 2005 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON)⁹ que detalha as ações e procedimentos indicados na atenção ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

Entretanto, a implementação da PNAON ficou sujeita a providência de recursos, a organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias e o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos que garantam à mulher a privacidade, a autonomia e o compartilhamento, com sua família, das decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

Segundo o MS a implementação de ações seguras e humanizadas se balizam de um lado, pelo dever dos serviços de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, é preciso atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente seguro, acolhedor para romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. Por outro lado, a materialização do PHPN e da PNAON dependem da 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 (BRASIL, 2002; 2005).

Neste contexto, os municípios brasileiros têm como desafio atender as recomendações mínimas quanto ao pré-natal, estabelecendo a cobertura universal, garantindo a periodicidade das consultas, implementando ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada, além da realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativas para que a gestante chegue segura nas maternidades e possa participar das decisões no decorrer da evolução do parto (BRASIL, 2000).

⁹ Portaria Nº. 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005).

Todavia, apesar dos indicadores do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) apontarem que nos últimos anos aumentou a cobertura e o número de consultas das gestantes, ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo com as casas de parto e maternidades, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes quanto aos aspectos relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido (COSTA et al., 2013).

De acordo com documento produzido pela OMS em 2008, *Summary of Evidence on Patient Safety: Implications for Research*, melhorar a segurança do paciente na população de mulheres grávidas, puérperas e recém-nascidos é uma condição sem a qual não é possível reduzir a morbidade e mortalidade perinatal (WHO, 2008).

Em 2009, relatório intitulado *Women and Health: today's evidence tomorrow's* da OMS, estimou que a cada ano morriam 7,6 milhões de crianças durante o período perinatal e mais de 500.000 mulheres vão a óbito devido a complicações na gravidez e ou no parto, das quais 99% acontecem em países em desenvolvimento (WHO, 2009b).

De acordo com Souza et al. (2013), diversos fatores contribuem para este diagnóstico, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na alimentação do sistema de controle, práticas de atenção e gestão conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias potencialmente prejudiciais, sem respaldo em evidências científicas.

Para o MS as falhas no atendimento à mulher no decorrer da gestação, abrangem desde o despreparo de grande parte dos profissionais de saúde no pré-natal, nos momentos críticos de emergência obstétrica, na falta de informações da própria mulher e/ou seus familiares até, ausência de condições estruturais básicas no momento do parto, como a falta de leitos, equipamentos e transporte para uma unidade com mais recursos (BRASIL, 2006).

Como a segurança do paciente consiste na prevenção de situações que predispõe a erros e agravos a saúde, o empoderamento da mulher e a assistência de qualidade precisa ter início no decorrer do período gestacional, se manter durante

o parto e nascimento e continuar até o final do puerpério, tendo como objetivo rastrear, prevenir ou tratar situações possíveis de colocar em risco a saúde materna e neonatal (LONDRINA, 2016).

Frente à constatação de que, dentre as falhas na implementação das normativas legais, há ainda as diferenças socioculturais da mulher e seus familiares, as dificuldades no acesso e a desarticulação entre os serviços, foi lançada em 2011 no Brasil, a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia inovadora do MS em parceria com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) alicerçada na concepção de redes de atenção, organizada de forma regionalizada e hierarquizada para construção de uma rede de cuidados, de acordo com as singularidades de cada região de abrangência. Esta estratégia visa assegurar assistência integral às mulheres desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto, puerpério, até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha pretende ainda, corrigir falhas na comunicação entre os níveis assistenciais, garantindo a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Especificamente com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado, aumentando a segurança materna e neonatal e a qualidade dos serviços prestados nas unidades hospitalares, a ANVISA elaborou em 2014 o documento Segurança de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade (ANVISA, 2014).

Este documento vem ao encontro das necessidades dos gestores, fiscais de vigilância sanitária e profissionais envolvidos na assistência, servindo de base e orientação para a construção e reforma de unidades de atenção materna e neonatal além de guia para a organização e estruturação dos serviços. Também servirá de apoio e referência para a construção de sistemas de segurança nas unidades de atenção à mulher com vistas à redução de erros e danos inerentes ao processo assistencial (BRASIL, 2015).

Para Harada e Pereira (2013), no que se refere a segurança do paciente, as normativas da Rede Cegonha e da ANVISA, quanto a maternidade segura, somente vão adquirir expressão quando saírem do papel, deixarem de ser um regulamento,

para cumprir a sua finalidade de cobertura e de qualidade, mudando da lógica biologicista dos serviços de saúde para uma cultura de segurança que se fundamenta na atenção a mulher, ao recém nascido e a suas famílias.

Nesta perspectiva, a OMS tem impulsionado estratégias como a Lista de Verificação do Parto Seguro estabelecida em consulta com profissionais de saúde, especialistas em segurança de pacientes, especialistas em saúde materna e neonatal e pacientes em todo o mundo. Esta lista visa orientar os profissionais de saúde em quatro pontos principais, que correspondem aos períodos: quando a gestante é admitida na maternidade, no momento do parto normal ou da cesariana, uma hora após o nascimento e antes de mãe e bebê receberem alta (WHO, 2015).

Antes de ser lançado mundialmente em outubro de 2015, o Checklist Parto Seguro¹⁰ (como é denominado atualmente) foi aplicado como plano piloto em nove países da África e da Ásia, com resultados significativos. De acordo com publicação do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) (2016), o checklist Parto Seguro ajudará os profissionais de saúde e gestores a seguirem os padrões de cuidados essenciais para cada nascimento, visando prevenir as principais causas evitáveis de complicações e mortes maternas e neonatais como hemorragia pós-parto, infecções, parto obstruído, pré-eclâmpsia e asfixia ao nascimento. Para otimizar sua aplicação em todas as unidades materno-infantis, a OMS elaborou um guia de implementação, com a finalidade de ajudar os profissionais de saúde e gestores a introduzirem e passarem a usar sistematicamente a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros em todas as instituições de saúde que aonde ocorre nascimentos (WHO, 2017).

Ainda, em âmbito nacional, como os nascimentos comumente acontecem em ambientes hospitalares, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras, o MS em parceria com a Coordenação Geral de Saúde da Mulher lançaram em fevereiro de 2017 as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal¹¹ com a finalidade de qualificar os modos de nascer no Brasil. Trata-se de diretrizes clínicas que sintetizam e

¹⁰Checklist Parto Seguro foi disponibilizado pela OMS e testado em diversos países. A versão em português encontra-se disponível online em: <http://www.ibes.med.br/wp-content/themes/bizwaytheme/upload/1449704545.pdf>.

¹¹ Portaria nº 353, publicada em fevereiro de 2017, aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017).

avaliam sistematicamente informações científicas disponíveis em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Frente o levantamento das principais iniciativas legais que legitimam as ações institucionais e da importância do engajamento de todos os envolvidos direta e indiretamente no cuidado da mulher e do recém-nascido nas unidades materno-infantis, realizou-se a seguinte revisão integrativa de literatura.

3.3 Segurança do paciente no contexto da maternidade: Revisão integrativa¹²

Com o objetivo de conhecer a produção científica a respeito da segurança do paciente no contexto da maternidade, cenário deste estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dado da biblioteca virtual em saúde. A opção por incluir somente a maternidade como serviço de saúde que presta assistência materna e neonatal está ancorado no objetivo desta tese que é conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde e gestores do Núcleo de Segurança do Paciente em relação aos múltiplos fatores que envolvem a efetiva implementação das medidas de promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil de um hospital de ensino do sul do Brasil.

Uma revisão integrativa de literatura caracteriza-se por ser um método que prevê a análise de pesquisas, subsidiando a tomada de decisão e permitindo compreensão e o conhecimento de um determinado assunto. Permite, ainda, o reconhecimento de lacunas no conhecimento que necessitam ser preenchidas por meio de novas pesquisas (GANONG, 1987).

Este tipo de pesquisa consiste na organização, catalogação e síntese dos resultados apresentados nos materiais selecionados para análise, facilitando a interpretação. Uma revisão integrativa constituiu-se na busca de dados em fontes secundárias, porém, adotando o mesmo rigor e clareza de um estudo primário. Para tanto, foram adotadas as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa; busca nas bases de dados; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na

¹² Esta revisão foi encaminhada à revista *Enfermagem Atual*, foi aceita pelo editor e publicada no portal da revista edição v. 86, n. 24; 2018.

revisão; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento produzido (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A questão que norteou esta pesquisa foi: qual a produção científica, nacional e internacional, disponível na biblioteca virtual em saúde (BVS) a respeito da segurança do paciente na maternidade no período de 2011 a 2016? Das publicações localizadas na BVS os artigos encontraram-se disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da enfermagem (BDENF) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed).

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, online, em português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2010 a 2016 e que apresentassem informações relevantes ao tema de pesquisa. Utilizaram-se como descritores: segurança do paciente / *patient safety* / *seguridad del paciente* e maternidade / *maternity* / *maternidades*.

Foram encontrados 34 artigos na BVS, de acordo com os critérios de inclusão, sendo que dois foram repetidos, permanecendo 32 para a pré-análise. A seleção da amostra foi realizada por meio de leitura flutuante dos títulos e resumos seguida da leitura dos artigos na íntegra. Após esta etapa, selecionou-se 17 artigos que estavam de acordo com a temática em questão. Destes, 12 encontravam-se hospedados na base de dados da MEDLINE, três no LILACS, dois na BDENF.

Após leitura detalhada dos 17 artigos, foi elaborado um quadro contendo número para identificação do artigo, título do artigo, autores, periódico/base de dados e ano de publicação. Para a avaliação dos estudos, utilizou-se a Análise Textual Qualitativa, a qual se desenvolveu mediante a fragmentação do material lido. Nesse processo, buscou-se integrar análise e síntese, baseadas em uma leitura exaustiva e aprofundada, descrevendo e interpretando significados e fenômenos, organizando os achados em categorias (MORAIS, 2016).

Resultado e discussão

Quadro 1: Síntese dos artigos incluídos nesta revisão integrativa de literatura. Pelotas, RS, Brasil, 2017.

Nº	AUTORES	TITULO	PERIÓDICO/BA SE DE DADOS	ANO
1	Bowers, J; Cheyne, H.	Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for	BMC Health Serv Res/	2016

		cost and quality of care.	MEDLINE	
	Dornfeld, D; Pedro, ENR.	The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth	Invest Educ Enferm/ LILACS/ BEDENF	2015
3	Georgiou, A; Lymer, S; Forster, M; Strachan, M; Graham, S; Hirst, G; Callen, J; Westbrook, JI.	Lessons learned from the introduction of an electronic safety net to enhance test result management in an Australian mothers' hospital.	J Am Med Inform Assoc/ MEDLINE	2014
4	Branger, B; Le Coz, F; Gillard, P; Merot, E; Winer, N.	424 Membres de la commission des usagers du Reseau « Securite NaissanceNaitre ensemble ¼ des Pays-de-la-Loire	J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) MEDLINE	2014
5	Sinni, SV; Wallace, EM; Cross, WM .	Perinatal staff perceptions of safety and quality in their service	BMC Health Serv Res/ MEDLINE	2014
6	Freitas, MR; Monte, LC; AAG; Lopes, BNA; Fernandes, FC; Gama, ZAS.	Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.	Cad Saude Publica/ LILACS	2014
7	Adatia, S; Law, S; Haggerty, J.	Room for improvement: noise on a maternity ward.	BMC Health Serv Res/ MEDLINE	2014
8	Lappen, JR; Seidman, D; Burke, C; Goetz, K; Grobman, WA.	Changes in care associated with the introduction of a postpartum hemorrhage patient safety program.	Am J Perinatol; MEDLINE	2013
9	Jacobson, CH; Zlatnik, MG; Kennedy, H P; Lyndon, A.	Nurses' perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care	J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; MEDLINE	2013
10	Baskaran, V; Davis, K; Bali, RK; Naguib, RNG; Wickramasinghe, N.	Managing information and knowledge within maternity services: Privacy and consent issues	Inform Health Soc Care/ MEDLINE	2013
11	Rance, S; McCourt, C; Rayment, J; Mackintosh, N; Carter, W; Watson, K;	Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough?	BMJ Qual Saf; MEDLINE	2013

	Sandall, J.			
12	Palinski, JR; Souza, SRRK; Silveira, JTP; Salim, NR; Gualda, DMR.	Percepção da mulher sobre o processo de nascimento acompanhado.	Online Brazilian Journal of Nursing/ BDEFN	2012
13	Demarchi, TM.	Management processes as a tool for quality in a public hospital-maternity in the city of São Paulo;	<i>Rev. adm. saúde/ LILACS</i>	2012
14	Chin, GSM; Warren, N; Kornman, L; Cameron, P.	Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover	<i>BMC Pregnancy Childbirth; MEDLINE</i>	2011
15	Suzuki, S; Hiraizumi, Y; Satomi, M; Miyake, H.	Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital.	<i>J Matern Fetal Neonatal Med; MEDLINE</i>	2011
16	Dornfeld, D; Pedro, ENR.	A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto.	<i>Rev. eletrônica enferm; LILACS-</i>	2011
17	Berridge, EJ; Mackintosh, NJ; Freeth, DSM	Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation.	MEDLINE	2010

Dentre os estudos analisados, 82,32% foram publicados em base de dados internacional e 17,68% em bases nacionais. Das 17 publicações selecionadas, cinco artigos foram realizados em serviços de saúde brasileiros, 12 são oriundos de instituições estrangeiras e dois são reflexões teóricas. Observou-se que no Brasil, a produção científica na área de segurança do paciente voltada para a área materna e neonatal ainda é incipiente.

Quanto à abordagem metodológica utilizada oito artigos enfocaram o método qualitativo, seis utilizaram abordagem quantitativa, um estudo foi quali-quantitativo e um pesquisa documental.

Em relação ao conteúdo, após a categorização e análise textual dos artigos, emergiram três categorias: organização dos serviços de saúde na maternidade; atuação da equipe de saúde frente a qualidade e segurança do atendimento na maternidade e assuntos relacionados à satisfação/insatisfação das mulheres com o atendimento recebido durante a permanência na unidade materna.

3.3.1 Organização do processo de trabalho na maternidade: aspectos que contribuem e que dificultam a segurança do paciente

Ao avaliar os fatores contribuintes para o elevado índice de morte materna na África, pesquisadores identificaram que o fator de maior índice de insegurança no cuidado as mulheres e recém-nascidos estava relacionado à falta de organização dos serviços de saúde para implementar políticas, protocolos ou diretrizes (MADZIMBAMUTO *et al.*, 2014).

No Brasil, sobretudo a partir do ano 2000, se intensificaram as ações com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal com a implantação do PHPN, da Rede Cegonha, do documento Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade e recentemente com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2000; 2011; ANVISA, 2014; BRASIL, 2017).

O PNP, a Rede Cegonha e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal são estratégias que representam um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais (MARTINELLI *et al.*, 2014).

O documento da ANVISA vem ao encontro das necessidades dos gestores, dos fiscais de vigilância sanitária e dos profissionais envolvidos na assistência. É base e orientação para a construção e reforma de unidades de atenção materna e neonatal além de guia para a organização e estruturação dos serviços. Também serve de apoio e referência para a construção de sistemas de segurança do paciente nas unidades com vistas à redução de erros e danos inerentes ao processo assistencial (ANVISA, 2014).

Neste contexto, Magluta *et al.* (2009) e Bowers, Cheyne (2016), apontaram que a qualidade do cuidado nos serviços de saúde depende de uma articulação complexa do processo de trabalho, da equipe multidisciplinar, das condições de infraestrutura e do sistema de saúde tendo a gestão um papel importante nesta articulação. Demarchi (2012) assinalou a necessidade de redesenhar os processos assistenciais para a racionalização no trabalho, a satisfação dos envolvidos, a

inovação e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade da assistência e segurança das puérperas e RNs.

Outras medidas identificadas foram a implementação de registros eletrônicos e governanças de informações para manter a privacidade, a confidencialidade e segurança (CLEMENS, 2012; GEORGIU *et al.*, 2014). Estudo realizado em uma maternidade da Inglaterra identificou violações no compartilhamento de informações pessoais sem o consentimento das pacientes (BASKARAN, *et al.*, 2013).

Foi avaliada a implementação de medidas de segurança e melhoria do cuidado as parturientes e RNs como a adesão ao checklist em cirurgias urológicas e ginecológicas de dois hospitais de ensino em Natal, Rio Grande do Norte/Brasil. Do total de cirurgias, somente 61% tinham checklist e 4% delas estavam totalmente preenchidos (FREITAS *et al.*, 2014).

Os estudos que enfocaram a questão do conforto e do silêncio para a adequada recuperação da parturiente e favorecimento da formação de vínculo com o neonato observaram que as novas mães enfrentam constantes interrupções ao longo do dia, incluindo visitas por uma variedade de profissionais de saúde, funcionários do hospital, estudantes, familiares e amigos. Além disso, a presença constante de ruídos resultantes do manejo de equipamentos médicos, conversas de corredor, anúncios de intercomunicador, abertura e fechamento de portas, equipamentos de limpeza e carrinhos de alimentação (MORRISON; LUDINGTON-HOE, 2012; ADATIA; LAW; HAGGERTY, 2014).

Isto significa importantes rupturas em atividades de aprendizagem, como a amamentação, que é fundamental para estabelecer vínculo nos primeiros dias do parto. Um ambiente altamente perturbador também pode levar à privação aguda do sono, aumentando o risco de distúrbios de saúde mental pós-parto e resultando em disfunções cardiovasculares (SAUVET, *et al.*, 2010).

Segundo dispõe o PHPN (2000), o local destinado à atenção a mulher no trabalho de parto e parto é fundamental para o sucesso deste processo. É preciso proporcionar ambiente acolhedor, organizado, agradável e seguro para a mulher tende a diminuir a ansiedade, a insegurança, além de facilitar a presença do acompanhante e a formação de vínculo (BRASIL, 2000).

Portanto, esta categoria reuniu estudos que enfocam a importância da estrutura física, dos recursos humanos e do processo de trabalho e assistencial na

organização dos serviços de saúde disponibilizado nas unidades materno-infantis em favor da segurança da mulher e do recém-nascido.

3.3.2 Facilidades e dificuldades da equipe de saúde ao prestar cuidado de qualidade e com segurança na maternidade

A comunicação é um dos fatores fundamentais para a melhoria da segurança das parturientes e dos recém-nascidos. A complexidade dos padrões de comunicação e as múltiplas influências nos modelos e normas institucionais acarretam tensões interprofissionais e pressões da carga de trabalho, entraves com implicações para a segurança (BERRIDGE, MACKINTOSH; FREETH, 2010).

Dornfeld e Pedro (2011; 2015), observaram 10 cenas de parto e identificaram comunicação iatrogênica, apesar de perceberem apoio empático e incentivo à presença do acompanhante. Destacaram ainda a relevância que a equipe de saúde tem na segurança e proteção da mulher e do RN e, sobretudo, da importância da enfermeira como agente de mudança para um modelo de atenção à saúde focado nas necessidades da mulher-RN-família.

Em relação ao Contato Pele a Pele (CPP) entre mãe e bebê e a disposição de um ambiente propício para a recepção do RN, Dornfeld e Pedro (2015) apontaram a presença de atitudes que demonstraram a conscientização dos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, sobre os benefícios dessas práticas, no entanto, perceberam a necessidade de esforços para que estas práticas se configurem em circunstâncias seguras de cuidado.

Ao buscar entender como os desafios de comunicação interdisciplinar podem afetar a segurança das puérperas e dos RNs, estudo realizado nos Estados Unidos evidenciou que as ações dos enfermeiros para evitar danos as pacientes abrangem esclarecimento e acordo, o gerenciamento de informações e a capacitação de mães e médicos. Essas estratégias de atenção foram executadas em um contexto complexo e hierárquico caracterizado por padrões e prática de relacionamentos variados. As prioridades dos enfermeiros e as metas de segurança dos pacientes eram, por vezes, desalinhadas com as dos médicos, resultando em comunicação potencialmente insegura (JACOBSON, et al, 2013).

Para Suzanne, Wallace e Cross (2014), o obstetra tem oportunidade de ser uma influência, positiva e ou negativa no cuidado seguro durante o período perinatal.

No entanto, a dinâmica da equipe, a compreensão, o respeito mútuo e a confiança consistem em questões fundamentais para a potencial melhoria de serviços futuros. Além da comunicação iatrogênica, processos de trabalho robustos podem dificultar a assistência segura e de qualidade às mulheres e aos recém-nascidos nas unidades materno-infantis (SUZANNE; WALLACE; CROSS, 2014).

O PNHN estabelece que os partos de baixo risco podem ser acompanhados por enfermeiras obstetras, ancorado em evidências científicas que discutem o modelo assistencial e são favoráveis à inclusão da enfermeira obstétrica no acompanhamento da gestação, trabalho de parto e parto de baixo risco (BRASIL, 2000).

Neste contexto, estudo que comparou resultados obstétricos de 1031 gestantes de baixo risco admitidas na maternidade e que foram assistidas por enfermeira obstétrica em relação aos cuidados compartilhados com a equipe médica obstétrica, observou que não houve nenhuma evidência indicando que os cuidados da enfermeira obstétrica não sejam seguros para a atenção as gestantes de baixo risco (SUZUKI *et al.*, 2011).

No Brasil, o enfermeiro obstetra desde a legalização do exercício profissional em 1986, tem respaldo legal para realizar todas as atividades de enfermagem na área de obstetrícia, cabendo-lhe privativamente executar parto sem distócia conforme consta na Resolução nº 0477/2015 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas (COFEN, 2015).

Portanto, os estudos analisados nesta categoria evidenciaram aspectos de dificuldades e facilidades para atender as mulheres e recém-nascidos com qualidade e segurança. Dentre as dificuldades destaca-se a comunicação interdisciplinar e iatrogênica, prioridades e metas por vezes desalinhadas conforme a categoria profissional e processo de trabalho robusto. Quanto às facilidades foi apontada a conscientização dos profissionais de saúde, o gerenciamento de informações e importância da capacitação e esclarecimento das mães e médicos.

3.3.3 Satisfação e insatisfação das pacientes com o atendimento recebido durante sua permanência na unidade materno-infantil

Estudo realizado na França observou que das mulheres que tiveram parto cesariana e as que tiveram partos normais, 92,5% mostraram-se satisfeitas com o

atendimento recebido na maternidade. Dentre os fatores de satisfação destacaram as orientações sobre os cuidados com o bebê e a amamentação (BRANGER et al, 2014). Palinski et al (2012) ressaltaram a presença do acompanhante como fator positivo para as mulheres porque proporciona segurança, tranquilidade, apoio físico, gratidão e emoção, independente do tipo de parto.

A presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é um direito garantido pela LEI Nº 11.108 (BRASIL, 2005). Apesar da importância da presença do acompanhante em todo o processo gestacional e que esta deva ser estimulada durante todas as atividades, tanto de consultas pré-natais como em grupos de educação em saúde, ainda encontra-se limitada por diversos fatores.

Um destes fatores está relacionado às questões da organização e ambiente das instituições. Na maternidade em que o estudo de Palinski *et al*, (2012) foi realizado não dispunha de quartos privativos para que a mulher pudesse vivenciar o momento da parturição com privacidade. Contudo, dentre os fatores de insatisfação, as mulheres relataram sentimentos negativos como solidão e medo devido à ausência do acompanhante em algumas das etapas do cuidado (PALINSKI *et al.*, 2012).

Segundo Rance *et al.* (2013), mulheres hesitam em falar sobre preocupações e angústias por pensar que a equipe pode considerar irrelevante e não ouvi-las, assim como a demorar para dar feedback. Outro fator de insatisfação descrito se refere a falta de escolha da maternidade e a existência de intervenções desnecessárias como a episiotomia (BRANGER *et al*, 2014).

Ao descrever as práticas e as intervenções obstétricas empregadas na assistência a mulheres de risco obstétrico habitual, Leal *et al* (2014), identificaram predominância significativa de intervenções desnecessárias em relação às boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS. Entre as mulheres avaliadas, 92% foram posta em posição de litotomia, em 37% foi aplicada a manobra de Kristeller, em 56% foi realizado episiotomia, 40% utilizaram ocitocina no primeiro estágio do parto e foram submetidas à amniotomia e 30% à analgesia raqui/epidural. Por outro lado, somente 45% das mulheres deambularam durante o trabalho de parto e foram monitoradas por meio do partograma.

Ainda em relação aos fatores que interferem na satisfação das mulheres que recebem atendimento na maternidade, um dos artigos ressaltou a importância da

autonomia da parturiente como mecanismos de proteção que aumentaria a qualidade e segurança de cuidado. A autonomia pode ser adquirida por meio do empoderamento da mulher no decorrer da gestação. Na Inglaterra, mulheres assistidas no pós-parto referiram que por serem informadas sobre seus direitos, envolvidas nas decisões e que por terem desenvolvido um plano de parto com a cooperação da equipe de saúde, sentiram-se mais seguras e acolhidas (CHIN, *et al*, 2011).

Ao fazer um paralelo entre o modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante no Brasil, os atributos da qualidade e segurança na assistência à saúde preconizados pela OMS e as metas internacionais de segurança do paciente propostas pela AMSP é possível observar que embora haja preocupação crescente em fomentar iniciativas para melhorias na rede de atenção materna e neonatal, indicadores de resultados da assistência obstétrica demonstram a gravidade dos danos sofridos pelas mulheres assistidas, bem como à baixa qualidade da assistência (WHO, 2008; BRASIL, 2014; LANSKY *et al.*, 2014).

Segundo Melo (2015), o modelo de atenção obstétrica predominante no país, ainda é fortemente intervencionista, focado na hegemonia médica, sem transposição das evidências científicas para a prática. Os serviços de saúde não promovem assistência respeitosa, pois desconsideram as preferências, necessidades e valores individuais das mulheres assistidas, há predominância de decisões, muitas vezes arbitrárias e não justificadas, dos profissionais que realizam o cuidado durante o processo de parturição.

Estudos apontam que as mulheres ainda são submetidas a uma peregrinação quando buscam os serviços de saúde para serem assistidas durante o trabalho de parto e parto, o que aumenta significativamente o risco de danos graves, como a morte materna e do neonato. A utilização indiscriminada de tecnologias e intervenções desnecessárias é uma constante na realidade dos serviços de saúde materno-infantil que acaba por promover o desperdício no uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia (LANSKY *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014).

Para Vicent (2011) a segurança no processo assistencial precisa ser enfocada na perspectiva da evitabilidade, prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões resultantes do cuidado em saúde.

Diante das evidências científicas expostas nesta revisão, notou-se lacunas relacionadas a organização e infraestrutura dos serviços, fatores que envolvem a

gestão e o processo de trabalho de equipes multiprofissionais, comunicação interpessoal, adoção de medidas de conforto e segurança às mulheres e neonatos e a satisfação/insatisfação das mulheres e ou familiares com o cuidado, assim como o uso indiscriminado de intervenções desnecessárias.

No entanto, fragilidades como as apontadas, nesta revisão integrativa, podem comprometer a segurança e a qualidade do cuidado às mulheres em processo de parturição e ao seu filho, justificando a necessidade de um olhar interligado para os aspectos que envolvem o processo assistencial desta população específica.

Acredita-se que estudo junto aos gestores do NSP e profissionais de enfermagem que atuam diretamente na atenção às mulheres e aos RNs na unidade materno-infantil oportunizaria reflexão sobre suas ações e sobre a importância de implementar novas propostas de cuidado que promovam a segurança nas unidades maternas e conseqüentemente a cultura de segurança do paciente se estabelece.

3.4 Cultura de segurança do paciente nas instituições de cuidado

Na área da saúde, a segurança é um princípio fundamental e um requisito para a qualidade do cuidado. O cuidado seguro resulta de ações corretas dos profissionais de saúde e dos processos e sistemas eficazes. Para prestar assistência segura faz-se necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e organizações de saúde compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro (VICENT, 2010; BRASIL, 2014).

A palavra cultura possui sua raiz no latim, verbo cultivar: *colere, cultus*. Para Gomes (2008), o termo cultura diz respeito à identidade de um povo ou coletividade em termos de elementos simbólicos inconscientes por estes compartilhados e que determinam os pensamentos e atitudes dos homens frente à sua realidade, dando sentido à vida social.

Para Kurcgant e Massarollo (2010), cultura é um elemento constitutivo estruturante de toda organização que produz bens e prestação de serviços. A cultura faz parte da estrutura informal das organizações e não pode ser visualizada concretamente, isto é, ela existe, mas é intangível, é imaterial e consiste na realidade e na dinâmica das relações interpessoais e suas intersubjetividades, valores e crenças, interesses individuais e coletivos em um determinado ambiente.

Por ser um elemento abstrato e de árdua compreensão, a sua existência pode ser facilmente negada ou minimizada em se tratando de problemas, dificuldades ou conflitos organizacionais (SILVA, 2016).

Neste contexto, as abordagens sobre segurança do paciente sofrem influência de cada indivíduo que atua na instituição e, de forma mais abrangente, da cultura organizacional vigente nestas instituições. A cultura organizacional é constituída das inter-relações subjetivas entre as pessoas que compõem a organização e será caracterizada pela sua história, pelo modo como se dá a integração de novos membros, por suas políticas de gestão de pessoas, pelas formas de comunicação formais e informais e pelos processos de trabalho interdisciplinares. A cultura de segurança do paciente surge como componente da cultura organizacional (BATALHA, 2012).

Para Mello (2013), a temática segurança do paciente é um movimento em expansão, impulsionado por políticas governamentais e pelo desenvolvimento de novos saberes, na qual é dado ênfase na cultura de segurança como um dos principais determinantes na assistência em saúde segura.

Já para Paese e Dal Sasso (2013) o conceito cultura de segurança surgiu na indústria de aviação e na área da aviação nuclear, após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986, alterando o foco da regulamentação e investigação de fatores individuais para fatores organizacionais, tais como a segurança do paciente.

Na concepção de Sorra e Nieva (2003) a cultura de segurança de uma organização é caracterizada pelo produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de gestão da saúde e segurança de uma organização.

Na área da saúde, a natureza de alto risco das atividades e a necessidade de alcançar operações seguras obriga as instituições a terem um ambiente livre de culpa, no qual os profissionais sejam capazes de relatar erros que resultaram em incidente com dano ao paciente, bem como erros que tinham o potencial para causá-los, sem medo de repreensão ou punição. Desta forma, a cultura de segurança se estabelece quando as organizações de saúde criam um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente é valorizado como o maior patrimônio da instituição (ANVISA, 2013).

O desenvolvimento da cultura de segurança nas instituições hospitalares foi uma das recomendações feitas pelo IOM para auxiliar os hospitais a melhorar a segurança do paciente (IOM, 1999). Mas foram os conhecimentos adquiridos das organizações nucleares e da aviação que serviram de inspiração para as instituições de saúde. Posteriormente, vários outros estudos foram publicados na literatura internacional demonstrando a eficácia da implantação de modelos sistêmicos para promover a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde (WHO, 2008; SAMMER et al., 2010; SILVA et al, 2016).

Dentre as iniciativas em prol do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, a Agencia Nacional de Segurança do Paciente, pertencente ao Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, elaborou um documento intitulado *La Seguridad del Paciente en siete passos*, no qual descreve as etapas que as organizações de saúde devem abordar para melhorar a segurança do paciente. A primeira etapa proposta neste documento é a construção de uma cultura de segurança em que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer os erros e aprender com eles para poder melhorar o cuidado. Os demais passos do documento são: liderar e dar apoio à equipe; integrar as atividades de gestão de risco; incentivar notificação; envolver os pacientes e o público; aprender e compartilhar; e implementar soluções para prevenir os danos (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005).

No Brasil, dentre as iniciativas que enfatizam o cuidado seguro relacionadas à cultura de segurança do paciente presente nas organizações de saúde, está a publicação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do ano de 2010. Trata-se de uma cartilha com 10 Passos para a segurança do paciente, composta pela Identificação do Paciente, Cuidado Limpo e Seguro, Cateteres e Sondas, Cirurgia Segura, Sangue e Hemocomponentes, Paciente Envolvido com sua Segurança, Comunicação Efetiva, Prevenção de Queda, Prevenção de Úlcera por Pressão e Segurança na Utilização da Tecnologia.

No entanto, o COFEN deixa claro que para se alcançar sucesso ao desenvolver qualquer um dos passos, independente do serviço de saúde, será necessário que, primeiramente, já esteja difundido e compreendido o conceito de Cultura de Segurança em toda a organização (COREN/SP, 2010). O MS afirma por meio do PNSP que a Cultura de Segurança se constitui em um elemento chave para o sucesso das ações em torno da segurança do paciente e aponta conceitos e

estratégias que necessitam ser implementadas para o estabelecimento desta cultura (BRASIL, 2014).

O PNSP estabelece que a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características: a) cultura na qual todos os trabalhadores, tanto assistenciais quanto gestores, assumem a responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014, p.2).

As estratégias contidas no PNSP vão desde a elaboração de manuais, capacitação de equipes de saúde, avaliação dos serviços de metas de indicadores até a promoção da cultura de segurança com foco no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamentos dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2014).

De acordo com Wachter (2010), um dos fatores indispensáveis para alcançar uma assistência mais segura e qualificada é desenvolver uma cultura de segurança em que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer os erros e aprender com eles. A concepção do erro como algo coletivo pode demonstrar um avanço na mudança cultural, uma vez que a segurança do paciente não é uma problemática individual, tão pouco de uma única categoria profissional, mas inclui a equipes de trabalhadores, a estrutura organizacional e o processo de trabalho instituído (GOMES et al., 2014).

Outras estratégias apontadas por profissionais de saúde de uma unidade pediátrica para a construção da cultura da segurança do paciente foram: consumo e produção de pesquisas como subsídios para efetivar a transformação cultural nas instituições; transposição do modelo biomédico para integralidade da atenção; educação permanente para inserção do tema no cotidiano profissional e inserção da segurança do paciente como tema transversal na formação de profissionais da saúde, disseminando-a em todos os contextos (WEGNER et al., 2016).

Ao analisar a percepção dos enfermeiros de um hospital de ensino quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente, Tobias (2013) elencou na

dimensão das fraquezas, os erros que poderiam ser usados contra si e o medo de que os mesmos fossem anotados nas suas fichas funcionais; quadro de pessoal insuficiente; problemas na troca de informações entre as unidades; a segurança ser preterida em função do maior número de tarefas; procedimentos e sistemas inadequados na prevenção de erros.

Como pontos fortes o estudo acima apontou a colaboração do supervisor/gerente ao considerar sugestões para melhorar a segurança do paciente, trabalho conjunto a fim de melhorar a qualidade do serviço; apoio mútuo, atuação em equipe e em colaboração com profissionais de outras unidades (TOBIAS, 2013).

Especialistas na área vêm evidenciando que, para se estabelecer a cultura de segurança nos serviços de saúde, o compromisso da liderança é fundamental (SAMMER *et al.*, 2010; WACHTER, 2010; GOMES *et al.* 2014; CASTANHO, 2015).

Entende-se que é preciso estar claro nas declarações de visão e missão da instituição os princípios que norteiam a cultura de segurança. Quando os profissionais de saúde e os gestores estão afinados nos seus objetivos dentro da instituição tornam-se colaborativos quanto ao desenvolvimento e posterior agregação de programas e políticas que promovam mudanças de atitudes direcionadas para o fortalecimento da cultura de segurança institucional¹³(CASTANHO, 2015).

Wegner *et al.* (2016) referem que o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde não é um trabalho fácil. Pelo contrario, promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo que requer tempo para assimilar mudanças que vão das mais simples até as mais complexas, bem como desafios para sensibilizar os profissionais em sua prática diária.

Além disso, o desenvolvimento da cultura de segurança exigirá dos envolvidos sentimento constante de equipe/coletividade, uma vez que as atitudes de culpabilização individual não são capazes de provocar as mudanças necessárias,

¹³ A missão do Hospital Escola, além de uma assistência de excelência à população da cidade de Pelotas e da região sul do Estado, é promover o ensino, a pesquisa e as atividades de extensão indissociados, através de estratégias interdisciplinares. Já a visão é ser referência local e regional pela qualidade no ensino, pesquisa e assistência, pela qualificação profissional dos professores e funcionários, pela incorporação de avançada tecnologia e por uma gestão idônea e competente. O HE tem como política de qualidade tornar céleres e eficazes os serviços prestados aos pacientes, fazendo uso de técnicas modernas de gestão e valorização do funcionário (HEUFPEL, 2018); disponível em: <http://www.heufpel.com.br/sites/heufpel/inicio.php?area=41>.

podendo ainda mascarar informações ou fazer com que alguns incidentes não sejam sequer notificados (HARADA; PEREIRA, 2013).

Hoch, Vilamil e Martins (2010), evidenciaram em seu estudo que a cultura da segurança do paciente na equipe de Enfermagem em um centro obstétrico apresentou riscos devido a sobrecarga de trabalho, erro cometido por profissionais e escassez de profissionais para atender a demanda. Estressores, tais como falhas na comunicação, baixa interação entre o profissional médico e enfermeiro e o cansaço físico também foram identificados no estudo. Por outro lado, apesar dos riscos identificados a equipe de enfermagem se mostrou consciente de sua responsabilidade no cuidado a mulher e o recém-nascido.

Tomazoni *et al.* (2014) analisou o processo de cuidado em quatro Unidades de Tratamento Intensivo neonatais e constatou que a segurança do paciente é uma questão delicada. Indicou que fatores culturais precisam ser repensados, pois ainda persiste, nesses ambientes, a cultura na qual os erros são julgados como incompetência profissional. O estudo destacou o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho e ainda segundo os profissionais a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a promoção da segurança do paciente. Os fatores positivos encontrados foram à intenção dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança, as características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados.

Conforme o exposto constata-se que a cultura de segurança nas unidades hospitalares e em particular unidades materno-infantis ainda é problemática. Trata-se de questão complexa, que exige esforço contínuo e integrado de todos os sujeitos envolvidos direta e indiretamente no cuidado prestado ao paciente.

O foco da segurança do paciente é construir uma cultura resolutiva em que as lacunas identificadas na prática sejam utilizadas como disparadoras de melhorias e não para apontar o culpado e responsabilizá-lo. Sendo assim, ratifica-se que a formação dos profissionais envolvidos no cuidado interfere diretamente na qualidade e segurança do paciente.

4 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A segurança do paciente tornou-se um movimento global, exigindo o estabelecimento de uma linguagem comum, acordada internacionalmente e que contribua para o processo de comunicação efetiva em saúde. De acordo com Runciman *et al.* (2009), os termos utilizados pelos pesquisadores e profissionais da área de segurança do paciente reúnem 296 definições diferentes para 149 termos. Alguns causam confusão pela incorreta tradução do inglês para o português e pela variedade de definições presentes na comunicação entre os profissionais da área da saúde (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015; VALLE, 2015).

Nesta perspectiva, faz-se necessário abordar os principais conceitos utilizados na literatura. A OMS define segurança do paciente como um conjunto de ações e atitudes que buscam mitigar e evitar incidentes cujo dano em decorrência da assistência à saúde seja o mínimo aceitável (WHO, 2009).

Para o MS o domínio segurança ou segurança do paciente pode ser conceituado como o ato de prevenir, evitar e melhorar os resultados não esperados e os danos ocorridos em decorrência da prestação do cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Segundo Wachter (2010), a segurança do paciente pode ser descrita ainda, como o ato de prevenir complicações ou evitar eventos adversos causados pelo período prolongado de internação, buscando minimizar as lesões originadas no processo de atendimento hospitalar.

Contudo, Amorin (2017) amplia o olhar proferindo que o conceito de segurança do paciente não se restringe somente a uma assistência à saúde livre de danos, mas em uma assistência realizada no momento correto, de forma eficaz, baseada nos melhores conhecimentos científicos e atendendo às necessidades do paciente e de sua família.

Em 2009, com o intuito de padronizar terminologias, a OMS reuniu um grupo de especialistas e propôs desenvolver um marco conceitual denominado

Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) que contém 48 conceitos-chave. Os principais conceitos, definições e termos comumente utilizados serão demonstrados a seguir. A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) (WHO, 2009, p. 23-24):

Cuidado em saúde: refere-se a cuidados recebidos por indivíduos ou por comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde.

Segurança do paciente: a redução no risco de danos evitáveis associados ao cuidado em saúde ao mínimo aceitável.

Risco: probabilidade da ocorrência de um incidente.

Incidente: evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano evitável ao paciente.

Quase falha: incidente que não alcançou o paciente.

Incidente sem dano: Incidentes que atingiu o paciente, mas não resultou em danos observáveis.

Incidentes com dano (evento adverso): incidente que resultou em dano ao paciente.

Danos associados ao cuidado à saúde: dano advindo ou associado a planos ou ações tomadas durante o cuidado à saúde e que não decorre da doença ou lesão, podendo causar doenças, lesões, sofrimento, incapacidade e até a morte.

Erro: não realização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto.

Resultado para o paciente: é o impacto em um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente (WHO, 2009).

A CISP, além de proporcionar uma linguagem comum, consiste em uma estratégia para lidar com imprevistos no cuidado de saúde. O entendimento dos fatores associados à ocorrência de incidentes pode ser um estimulador na elaboração de ações para redução do risco, aumentando a segurança do paciente. A resposta dos gestores de instituições de saúde ao incidente necessita incluir medidas para a situação específica, mas focando na aprendizagem que resulte em mudanças no sistema como um todo, num movimento de melhoria contínua da qualidade do cuidado (TRAVASSOS; CALDA, 2013).

Segundo Batista (2015), para promover condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros e eventos adversos e desenvolver um cuidado

seguro no ambiente hospitalar, diversas estratégias podem ser implantadas. Contudo, a ocorrência de erros e eventos adversos podem estar relacionados a diferentes fatores contribuintes, como deficiência na formação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, inexperiência, negligência, imperícia, imprudência, desatenção, sistema de gestão ineficiente, desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos, entre outros (BATISTA, 2015).

Culturalmente, fatores causadores de danos ao paciente são abordados de maneira punitiva, sendo o profissional acusado como culpado pela falha. Estas atitudes não evitam a ocorrência de novos erros e danos ao paciente. Na perspectiva de Reason (2000, 2005), para evitar a exposição dos pacientes a situações de risco é preciso ampliar o olhar para o sistema de saúde como um todo e substituir o paradigma punitivo por uma cultura positiva voltada para a educação, promoção e avaliação da assistência à saúde, uma vez que o sistema de saúde é composto por uma estrutura complexa em que falhas na segurança do paciente têm caráter multifatorial.

Por sua vez, Sammer *et al.* (2010), pontua que o paradigma da cultura positiva contribui para o desenvolvimento da cultura de segurança, uma vez que impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos.

Os autores acima destacam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais e apontam atributos que deram origem a sete subculturas:

Liderança – os gestores devem reconhecer que o ambiente de saúde é de alto risco e procurar alinhar a visão, a missão, a competência da equipe, os recursos humanos e legais dos profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria. O gestor é o elemento chave para concepção, promoção e criação de uma cultura de segurança que permeia todos os níveis da organização.

Trabalho em equipe – o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação deve existir entre gestores e equipe clínica. Como as instituições de saúde atendem pacientes cada vez mais graves, com tratamentos complexos que requerem recursos tecnológicos sofisticados é necessário esforço e colaboração entre profissionais para o alcance de uma cultura de segurança.

Comunicação – em qualquer ambiente onde existe um indivíduo membro da equipe de saúde, ele tem o direito e a responsabilidade de advogar em favor do paciente. Uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Outro lado da comunicação é o método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões e unidades. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Promover *feedback* e criar laço de confiança entre membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.

Aprender com os erros – a instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. É importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, tanto por meio de análises dados da própria instituição de saúde como também por pesquisas de outras áreas que tem se desenvolvido e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança. Contemplar no processo de educação e treinamento sobre segurança, o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa ser uma instituição de alta confiabilidade, qual o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria. A instituição de saúde que analisa seus dados tem a oportunidade não somente de aprender com os erros, mas também com o sucesso.

Justiça – a cultura da justiça reconhece os erros como falhas do sistema ao invés de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações. É importante determinar se as falhas são do sistema ou individuais.

Cuidado deve ser centrado no paciente e sua família. O paciente além de ser um participante ativo de seu próprio cuidado, também pode ser o elo entre a instituição de saúde e a sua comunidade. Líderes que compartilham sua visão de cuidado permitem que a família e a comunidade, na qual estão inseridos, sintam-se orgulhosas e co-partícipe do sistema de saúde.

Prática baseada em evidência – a prática do cuidado ao paciente precisa ser padronizada para evitar ocorrências de variações e alcançar confiabilidade. Instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras. A nova geração de

profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo estas ferramentas (SAMMER et al., 2010 p.157).

Frente aos conceitos citados, referente à segurança do paciente e a cultura de segurança nos hospitais, segue a descrição do referencial teórico de James Reason que servirá de complemento para o marco teórico deste estudo.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO: Teoria do Erro Humano de James Reason

Este estudo está apoiado na perspectiva da Teoria do Erro Humano proposta por James Reason que sugere visualizar as vulnerabilidades do sistema de saúde a partir de uma abordagem sistêmica¹⁴ (REASON, 2000; 2005; 2008).

Nascido em maio de 1938 em Watford, Inglaterra, James Reason graduou-se em Psicologia em 1962, tornou-se PhD em 1967 pela Universidade de Manchester onde é professor de Psicologia desde 1977. Reason tem como principais interesses em suas pesquisas, as contribuições humanas e organizacionais para a quebra da segurança de sistemas complexos e bem sucedidos. Escreveu livros sobre distração, erro humano, fatores humanos na aviação, manejo dos riscos de acidentes organizacionais, e, mais recentemente, sobre a gestão do erro em empresas de manutenção e a contribuição humana nos atos inseguros, acidentes e recuperações heróicas (REASON, 2000).

Suas obras são consultadas em campos de aviação, ferrovias, na geração de energia nuclear, segurança marítima, exploração e produção de petróleo, mineração, indústria química, segurança rodoviária, bancos e nas áreas de cuidados em saúde (REASON, 2008).

As contribuições de Reason para a segurança do paciente são inegáveis, visto que, a partir da divulgação dos seus conceitos e modelos, as discussões sobre o erro e o comportamento humano frente a segurança do paciente, começaram a ganhar um novo rumo (FERNANDES *et al.*, 2014).

¹⁴ A abordagem sistêmica procura identificar situações ou fatores susceptíveis a dar origem a erros humanos, e implementar sistemas de mudanças que irão reduzir a sua ocorrência ou minimizar seu impacto sobre os pacientes. Este ponto de vista sustenta que os esforços para capturar erros humanos antes que eles ocorram ou bloqueá-los de causar danos acabará por ser mais proveitoso do que aqueles que buscam criar de alguma forma provedores impecáveis. O princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins. Esse conceito está transformando o foco anterior sobre o erro individual pelo foco nos defeitos do sistema (LEAPE, 2009).

Segundo Pereira (2010) nem todo o erro resulta em danos, mas quando o desfecho for indesejável, dá origem ao evento adverso ou iatrogenia¹⁵. Em relação ao **erro humano**, Reason (2005) conceitua-o como sendo o uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução a contento de uma ação planejada, ou seja, o plano pode ser adequado, mas as ações associadas a ele não ocorrem como planejado ou as ações ocorrem como planejadas, porém o plano é insuficiente para atingir o resultado pretendido, sendo esta conceituação também adotada pelo *Institute of Medicine*.

Reason parte da premissa básica que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Nesta perspectiva, as inconsistências e lacunas existentes nos sistemas de saúde envolvem tanto os fatores individuais quanto os institucionais e os erros podem resultar das combinações de falhas ativas e/ou das condições latentes (REASON, 2000).

Para compreender como os erros acontecem e como comprometem a segurança dos pacientes, Reason propõe visualizar o erro humano, a partir de duas abordagens: **centrada na pessoa** e a abordagem do sistema ou **abordagem sistêmica** (REASON, 2000; 2005).

A abordagem centrada na pessoa, tradicionalmente aceita, caracteriza-se por enfatizar os erros nos indivíduos envolvidos diretamente na assistência, considerando que estes atos inseguros são decorrentes de processos mentais: esquecimento, desatenção, desmotivação, descuido, negligência, imprudência e fadiga. Além destes, os fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos podem ser coadjuvantes na ocorrência de erros (REASON, 2000).

Os seguidores desta abordagem tendem a tratar os erros como questões morais e naturalmente, as medidas de prevenção do erro direcionam-se, especialmente, à redução da variabilidade indesejável do comportamento humano, incluindo medidas disciplinares, censuras e humilhações como forma de tratamento (REASON, 2005).

Já a abordagem sistêmica focaliza o sistema de cuidado como um todo. O princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não são causados

¹⁵ O Institute of Medicine (IOM) define evento adverso/iatrogenia como uma injúria causada pelo tratamento médico e não relacionada com a doença do paciente (KOHN et al., 2000). Por sua vez, o termo de origem grega Iatrogenia significa o resultado indesejável da ação prejudicial não intencional dos profissionais de saúde, relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica (PADILHA, 2006). Já a probabilidade de um incidente indesejável ocorrer denomina-se Risco (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2006).

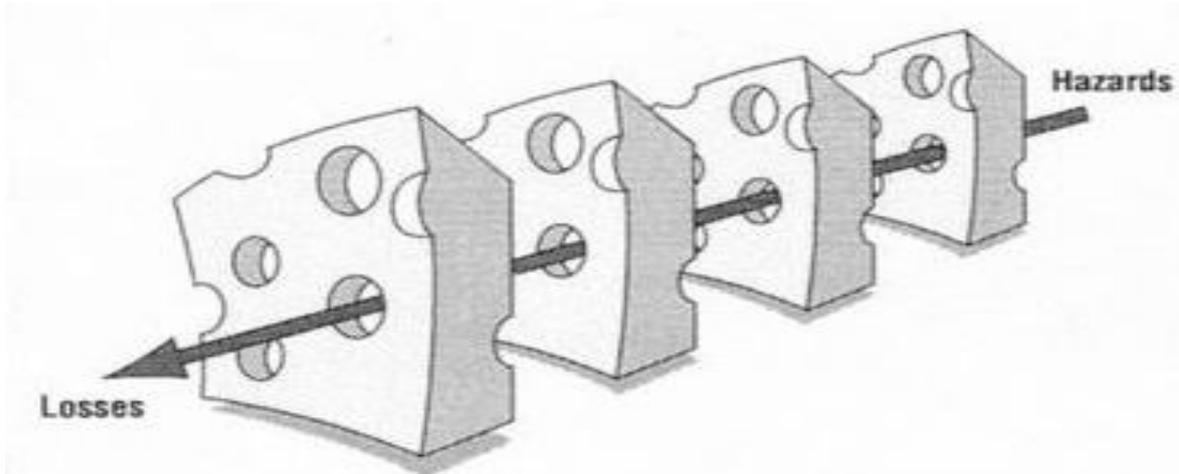
por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins. Neste contexto, os erros são vistos como consequências e não como causas, tendo suas origens tanto na natureza humana como nos fatores sistêmicos presentes no processo de cuidado. Assim, as contramedidas são fundamentadas no pressuposto de que embora não seja possível mudar a condição humana, as condições de trabalho oferecidas pelos serviços de saúde poder ser modificadas (REASON, 2000).

A ideia da abordagem sistêmica é proporcionar a defesa por meio da criação de um sistema de barreiras e retaguardas que atuem nas múltiplas etapas do cuidado, a fim de garantir a segurança e evitar erros. Os sistemas de alta tecnologia possuem muitas camadas defensivas: alguns são criados (como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos), outros dependem de pessoas (como cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores da sala de controle) e outros ainda dependem de procedimentos e controles administrativos (REASON, 1997).

Essas camadas tem a função de evitar que eventos adversos ocorram e, quando vierem a ocorrer, interessa saber “como” e “por que” as defesas falharam, não importando quem as tenha cometido, vislumbrando a substituição da “vergonha e punição” pela cultura de segurança (REASON, 2000).

Neste pensar, Reason desenvolveu um modelo teórico denominado “Queijo Suíço”, no qual considera que a dinâmica de um acidente ou erro pode ser entendida, a partir de um modelo de defesas representadas pelas fatias de um queijo suíço. Em uma realidade ideal, cada camada de defesa estaria intacta, intransponível. No entanto, no mundo real, essas camadas apresentam muitos buracos (tais como o de um queijo suíço), porém, de forma diferente do queijo, estes buracos estão continuamente abrindo e fechando em diferentes momentos. Como estamos pensando em camadas, a presença dos buracos, em qualquer camada, não causa normalmente um mau resultado, porém, pode ocorrer, quando, momentaneamente, os buracos alinham-se, permitindo uma trajetória de oportunidades para que ocorra um acidente e ou erro, trazendo riscos e ou danos às vítimas, sejam elas pessoas ou organizações (REASON, 2000).

Figura 2: Modelo de queijo suíço de como defesas, barreiras e salvaguardas podem ser penetrados por uma trajetória de acidente.



Fonte: Reason T.J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320 (7237): 768-770.

A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, e um erro latente, a falta de medicamento no hospital. Os furos nas defesas surgem devido a combinação das **falhas ativas** e das **condições latentes**. As falhas ativas são os atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou com o sistema de cuidado. Referem-se a esquecimentos, descuidos, erros, deslizes e violações de procedimentos. Este tipo de falha tem uma relação direta e normalmente um efeito de curta duração sobre a integridade das defesas (REASON 1997; 2000).

Para Pedreira (2009) o processo de cognição do homem não é perfeito e é similar entre os indivíduos. A possibilidade de cometer erros é uma de suas características imutáveis, podendo ser cometidos por qualquer profissional, seja ele bom ou mau. Sendo assim, identificar o processo de cognição que desencadeia a ocorrência de erros e classificá-los pode produzir modos de gerenciar a sua ocorrência e criar estratégias para sua prevenção.

As condições latentes são o que Reason (1997) denominou de os inevitáveis “*resident pathogens*” no sistema organizacional. Surgem, a partir de decisões tomadas pelos gestores que, embora seja necessário que não sejam confusas, podem ser. As condições latentes têm dois tipos de efeitos adversos: podem contribuir para o erro no local de trabalho (pressão de tempo, sobrecarga de

trabalho, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência) e podem criar buracos ou fraquezas duradouras nas defesas (alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos não praticáveis). Condições latentes, como o nome sugere, podem permanecer ocultas no sistema de saúde por anos antes de se combinarem com as falhas ativas provocando danos ao paciente (REASON, 2000).

As falhas ativas não podem ser facilmente previstas, entretanto, as condições latentes (fatores organizacionais e contextuais) podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer um evento adverso. Esta compreensão possibilita que o gerenciamento do cuidado seja proativo ao invés de reativo (REASON, 1997; 2005).

Conforme Reason (2005), o sistema de saúde possui características que predisõem à ocorrência de falhas: ambientes incertos e dinâmicos; múltiplas fontes de informação; mudanças, imprecisões e metas que se confundem; necessidade de processar informações atualizadas, situações e circunstâncias que mudam rapidamente; dependência de indicadores indiretos; problemas imprecisos; ações com consequências imediatas e múltiplas; momentos de intenso estresse, permeados por longos períodos de atividades rotineiras e repetitivas; tecnologia sofisticada, com muitas redundâncias; interface complexa e, muitas vezes, confusa entre operador e equipamentos; alto risco; múltiplos indivíduos com diferentes prioridades; e ambiente de trabalho altamente influenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional.

Neste sentido, mesmo com todo o avanço tecnológico experimentado, nas últimas décadas, os cuidados em saúde têm, também, o potencial para causar grandes danos, talvez, até maiores do que aqueles causados nos seus primórdios. Portanto, inovações podem produzir novos riscos, maior poder e representar elevadas possibilidades de dano e de produzir resultados jamais vistos e com possibilidade de perigos letais (VICENT, 2010).

Entretanto, a tecnologia e o conhecimento dos profissionais de saúde podem ser considerados barreiras de defesas, pois, quando bem empregados, potencializam a segurança que envolve as ações de cuidado. Protocolos assistenciais, *check lists* e a educação permanente da equipe são instrumentos de gestão, que visam melhorar as ações do profissional, tornando-se, quando bem compreendidos e empregados, barreiras de proteção contra a ocorrência de erros (MILAGRES, 2015).

Conceber a necessidade de teorizar e de implementar estratégias que melhorem a segurança dos indivíduos submetidos a cuidados de saúde é, antes de tudo, admitir que erros acontecem. No entanto, não basta apenas admitir, pois a constatação de um erro requer conhecer sua extensão e gravidade e mitigá-lo. Para isso há necessidade de comprometimento tanto do profissional diretamente envolvido na assistência quanto dos gestores e da organização como um todo (REASON, 2008).

Segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), ao ocorrer o alinhamento dos buracos no sistema de defesa da instituição (como nas fatias do queijo suíço) o incidente atinge o paciente e, a segurança assistencial é imediatamente afetada. Diante disto, entende-se que, dentro de uma visão sistêmica, o comprometimento da segurança do paciente tem caráter multifatorial e não depende apenas dos profissionais, mas também dos pacientes e, principalmente, dos serviços de saúde no que diz respeito à estrutura e aos processos gerenciais disponíveis.

No entanto, ainda que o profissional seja a última barreira no seguimento do cuidar em saúde, este atua após o alinhamento de todos os outros mecanismos de defesa do sistema. Assim, é inegável que os erros não excluem a responsabilidade do profissional de saúde, todavia, para evitar a exposição dos pacientes a situações de risco é imprescindível a criação de estratégias que antecipem, previnam e bloqueiem os erros antes de causarem danos (FERREIRA *et al.*, 2014).

A partir de uma visão sistêmica, Reason, (2000) considera que o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos, mediante ações proativas.

Na atenção obstétrica e neonatal, o PNHN dispõe que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e da organização, de modo a criar um ambiente seguro, acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher (BRASIL, 2006).

Segundo Harada e Pereira (2013), os comportamentos humanos são fenômenos passíveis de observação e podem ser direcionados para algum alvo ou direção específica e são avaliados pela ação realizada, pela meta ou alvo sendo a conduta direcionada pelo contexto em que ocorre e pelo momento em que é realizado.

Daí a importância do desenvolvimento de cultura de segurança pelos serviços de saúde que substitua o paradigma punitivo por uma cultura voltada para a educação, promoção e avaliação da assistência à saúde (REASON, 2000).

Para Vincent (2011), instituições que apresentam uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, compartilhamento da percepção sobre a importância da segurança e convicção quanto à eficácia das medidas preventivas adotadas.

Conforme Reason (1997), a cultura de segurança se materializa por quatro principais pilares: cultura de notificação, justiça e imparcialidade, flexibilidade e aprendizagem que atuam como barreiras contra a ocorrência dos eventos adversos em saúde.

Aliada as contribuições de Reason para a segurança do paciente, a AMSP apresenta diretrizes que servem de subsídios para a discussão das realidades locais e o enfrentamento das situações mais frequentes que deixam os pacientes vulneráveis a situações de risco (WHO, 2009).

Deste modo, no que se refere ao cuidado materno e infantil acredita-se que a materialização das normativas legais depende, dentre outras ações, da 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.

Por sua vez, como existem elementos da cultura de segurança que são comuns a todas as atividades, tanto nas organizações quanto com indivíduos, o art. 5º, da Portaria 529/2013 aponta como estratégias para elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, a promoção de capacitações aos profissionais e equipes de saúde e a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, possibilitando, também, o engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes e melhoria do cuidado, no contexto ao qual estão inseridos (BRASIL, 2013b).

Uma abordagem cultural focada no sistema proporcionará às instituições de saúde um ambiente mais seguro, visando a comunicação efetiva entre os profissionais; a proatividade frente aos danos que possam vir a acontecer, propiciando, assim a construção de uma cultura voltada para a diminuição dos acidentes atrelados aos erros humanos; e, a notificação de eventos adversos,

incentivada por uma cultura não punitiva, mas que contribui para a aprendizagem baseada nos próprios erros (GOMES et al., 2016).

Destarte, nota-se que os eventos adversos em saúde, atrelados aos erros humanos podem advir da estrutura e dos processos inerentes ao próprio serviço oferecidos na unidade materno-infantil, sendo representados pelos orifícios do queijo suíço que significariam as fragilidades do sistema. Mas incidentes e práticas prejudiciais são problemáticas que emergem ou eventualmente podem estar presentes também no fazer dos profissionais de enfermagem que estão próximo à mulher e ou o RN.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2015), uma pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, percepções, crenças e das opiniões, produzidas por meio das interpretações que os seres humanos fazem acerca de como vivem, sentem e pensam.

Este tipo de abordagem permite questionamentos privados, obedecendo a um grau de veracidade que não se pode traduzir em números, e os dados são obtidos de maneira direta, sem a finalidade de quantificar eventos ou situações, de forma que se excluem métodos estatísticos para sua interpretação futura, e permitem desvelar processos sociais pouco conhecidos, além de proporcionar a criação de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2015).

O caráter qualitativo do presente estudo se justifica na medida em que estudos realizados com a temática de segurança do paciente são de cunho quantitativo e não exploraram a percepção, visão e compreensão de gestores e profissionais de saúde que vivenciam as circunstâncias de cuidado na unidade materno-infantil na perspectiva de ações voltadas para a cultura de segurança do paciente, mais especificamente das mulheres e seus bebês.

5.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Pelotas que se localiza na região do sul do estado do Rio Grande do Sul e possui uma população de 328.275 habitantes, sendo a terceira cidade mais populosa do estado (IBGE, 2010).

Os contextos de investigação para realização deste estudo foi o Núcleo de Segurança do Paciente e a unidade materno-infantil de um hospital de ensino

localizado na Região Sul do Rio Grande do Sul. Trata-se de um hospital de ensino que presta atendimento a 22 municípios da região Sul, representando uma estrutura de saúde de referência para a macro-região, sendo que o atendimento é exclusivamente público e caracterizado como referência para gestação de alto risco.

A unidade materno-infantil do hospital em estudo é composta por 31 leitos, destes 12 são destinados às puérperas, oito às gestantes, 10 cirúrgicos da ginecologia e dois correspondem à sala de pré parto. A área física compreende posto de enfermagem, banheiro para funcionários, sala de atendimento externo, sala de ultrassom, e expurgo. Cada enfermaria apresenta um banheiro coletivo e quatro leitos. Para os acompanhantes é disponibilizada uma poltrona para cada leito. Há ainda, um berçário, sala de parto, sala de recepção do recém-nascido, duas salas para procedimentos, duas salas da equipe médica.

A equipe de enfermagem é composta por integrantes de três turnos. No turno matutino são: uma auxiliar de enfermagem, 11 técnicos de enfermagem, cinco enfermeiras. No turno vespertino tem 10 técnicos de enfermagem, uma enfermeira obstetra e três enfermeiras generalista, enquanto que no período noturno a unidade conta com três equipes que se alternam, sendo composta por 12 auxiliares de enfermagem, 11 técnicos de enfermagem e três enfermeiras generalistas. O regime de trabalho da enfermagem é de 30 horas semanais, divididos em turnos de seis horas no dia e plantões de 12 horas à noite¹⁶.

O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa que deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital. O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência do hospital em estudo, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital. Este se encontra localizado ao lado do sala Comissão de Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIH) do HE-UFPEL.

O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital de ensino foi fundado em 2015 e acordo com a ANVISA o NSP deve ser composto, minimamente, por um representante da Superintendência, um da Gerência de Atenção à Saúde, um médico, um residente de medicina e um da residência multiprofissional, um

¹⁶ Nota de Campo.

enfermeiro gestor, um profissional da Divisão de Gestão de Cuidados, um farmacêutico, um do Setor de Vigilância em Saúde que coordenará o Núcleo, um Gerente Administrativo e enfermeiros líderes das unidades (BRASIL, 2016).

As reuniões do NSP são realizadas em caráter ordinário (quinzenalmente), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas, no mínimo, com 48 horas de antecedência pelo presidente ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria. Estas serão conduzidas pelo coordenador e, na sua falta, pelo seu substituto formal. A convocação para reunião do NSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação dos membros.

5.3 Participantes do Estudo

Foram convidados a participar deste estudo os profissionais de enfermagem que assistem as mulheres e recém-nascidos na unidade materno-infantil nos turnos da manhã, tarde e noite e os gestores integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Foram entrevistados sete gestores integrantes do NSP e 17 profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil. O número de participantes da pesquisa foi determinado pela saturação teórica das informações obtidas. Conforme Minayo (2017) quando as informações começam a surgir repetidas, pode-se concluir que o universo de ideias construído pelo coletivo já está representado. Assim, o ponto de saturação dos dados ocorreu quando os objetivos da pesquisa foram alcançados considerando o conteúdo obtido e o referencial teórico imbricado.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

5.4.1 Critérios de Inclusão:

- Gestores membros do Núcleo de Segurança do Paciente que participarem da programação de ações direcionadas a unidade materno-infantil;
- Profissionais de enfermagem que atendam diretamente a mulher e o recém-nascido.

- Permitir gravar as entrevistas;
- Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos;

5.4.2 Critérios de exclusão:

- Profissionais de enfermagem e gestores em férias, licença saúde ou afastados de suas atividades no período de coleta dos dados

5.5 Aspectos Éticos

Neste estudo foi respeitada a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Cap. II, Art. 57 e 58 (dos deveres) e do capítulo III art. 96 ao 102¹⁷ (das proibições).

O projeto foi encaminhado à gerência de ensino do hospital e obteve autorização para a aplicação do mesmo mediante a carta de Anuência. De posse da Carta de Anuência, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Região da Campanha – URCAMP, recebendo parecer favorável número 2.505.458 e CAAE: 83237518.7.0000.534. Aos participantes do estudo foi assegurado o conhecimento dos objetivos do estudo, o anonimato, o direito à desistência da participação durante o processo de investigação em qualquer momento, sem prejuízo aos mesmos e o acesso aos resultados da pesquisa.

¹⁷Capítulo II dos deveres - Art. 57: Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos. Art. 58: Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas. Capítulo III das proibições - Art. 95: Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos. Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade. Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos. Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia. Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores. Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização. Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes. Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica (COFEN, 2017).

¹⁸ Resolução nº 466/12 - Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O estudo não desencadeou nenhum risco físico, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Também não observei nenhum desconforto emocional durante a entrevista, uma vez que as perguntas foram respondidas na sua totalidade. Os benefícios aos participantes consistiram na reflexão e na troca de conhecimentos e informações entre participantes e a pesquisadora sobre as ações assistenciais seguras no cuidado às gestantes, parturientes, puérperas e ao recém-nascido.

Aos gestores do NSP e profissionais de enfermagem, que aceitaram participar do estudo, foi entregue o Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no qual constaram os objetivos, justificativa, riscos e benefícios para os participantes. O TCLE foi elaborado em duas vias que foi assinado pelos participantes e pela pesquisadora, sendo que uma via foi entregue ao entrevistado e a outra que ficou com a pesquisadora.

Com o intuito de preservar o anonimato, os participantes foram identificados com a inicial “G” referindo-se a gestor mais a inicial da formação profissional, ex: “G” gestor; “E” para Enfermeiros, “TE” para Técnicos de Enfermagem, “AE” para auxiliares de enfermagem acrescidos da ordem numérica da entrevista. Exemplo: G1, G2 e E1, TE2.

Os dados coletados ficarão guardados por um período de cinco anos sob responsabilidade das pesquisadoras. Os documentos impressos permanecerão em um armário fechado e os dados em meio digital em CD-ROOM na sala do Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Após o período de cinco anos os arquivos serão excluídos e os documentos impressos incinerados.

5.6 Procedimentos para coleta dos dados

De posse da Carta de Anuência, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) recebendo Parecer Consubstanciado nº 2.505.458 e CAAE: 83237518.7.0000.534.

A pesquisa, efetivada por meio da entrevista semiestruturada adaptada do questionário de Reis, Laquardia; Martins (2012)¹⁸, inicialmente com os gestores do

¹⁸ Instrumento elaborado com base no questionário que avalia a cultura de segurança do paciente no hospital: Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). A tradução para o

NSP e após com os profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil. As entrevistas só tiveram início após esclarecimentos da finalidade do estudo e liberdade de desistência da pesquisa a qualquer momento e acesso aos resultados obtidos no término deste estudo e de assinatura do TCLE.

Optou-se pela técnica de coleta dados por meio de entrevistas semiestruturada que possibilita compreender a maneira como os participantes pensam, agem, se relacionam com o mundo e como eles argumentam a respeito do tema estudado (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Tanto as entrevistas realizadas com os gestores do NSP quanto com os profissionais de enfermagem aconteceram em sala que estivesse disponível, no momento da arguição, dentro do próprio hospital. Os depoimentos foram registrados por um gravador de voz, com o consentimento do (a) participante, sendo, logo após transcritos na sua íntegra.

Realizou-se contato pessoalmente com os participantes por diversas vezes. Inicialmente me dirigi ao coordenador do NSP, me identifiquei como doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, expliquei sobre o objetivo e a metodologia da pesquisa, verifiquei a disponibilidade de participar e conceder a entrevista. Ele prontamente se dispôs, explicou o funcionamento do grupo e quem eram os componentes.

Após apresentação inicial, o coordenador no NSP me concedeu a entrevista e ficou de entrar em contato com os demais membros para verificar a disponibilidade de participarem da minha pesquisa. No dia seguinte, me informou que tinha agendado três entrevistas para a próxima semana. No dia combinado, ao chegar na sala do NSP fui conduzida até aos participantes que iriam me receber. Feito minha identificação, procedi as entrevistas com cada participante, individualmente, em seus setores de atuação. Na semana seguinte retornei e outros três integrantes do NSP aceitaram responder o roteiro de questões com seus depoimentos sendo gravados.

Na unidade materno-infantil, a inserção no campo para entrevistar os profissionais de enfermagem foi mais demorada, se estendeu de março a maio de 2018. Foram muitas idas e vindas ao campo e horas aguardando os enfermeiros e

português e validação do questionário HSOPSC para uso no Brasil foi objeto de tese de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis: A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro, realizada na ENSP/Fiocruz no ano de 2012 (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

técnicos de enfermagem realizarem suas atividades de rotina e demandas que surgem concomitantemente.

Procurei abordar profissionais de enfermagem dos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Alguns falavam que não tinham tempo, que estavam sobrecarregados no plantão; outros que voltasse outro dia e teve alguns que falaram que não gostavam de dar entrevistas e que por isso preferiam não participar. Contudo, o corpus do trabalho relacionado aos profissionais de enfermagem contou com a participação de 17 sujeitos do total de 59, sendo cinco (5) enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem.

No total, foram entrevistados sete (7) gestores integrantes do NSP e 17 profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil. O número de participantes da pesquisa foi determinado pela saturação teórica das informações obtidas, de acordo com Minayo (2017).

5.7 Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas foi submetida à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Fernando Lefrève (2005; 2014) e fundamentada no referencial teórico de James Reason que propõe visualizar as vulnerabilidades do sistema de saúde a partir de uma abordagem sistêmica (REASON, 2000; 2005; 2008). Além disso, foi articulada com a literatura relevante à temática e reflexões da autora deste estudo.

O DSC, enquanto técnica de pesquisa qualitativa é um procedimento de tabulação de depoimentos verbais, que consiste basicamente em analisar o material coletado de entrevistas, a partir de um roteiro de questões, extraindo-se de cada uma das respostas às ideias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave. Com as expressões-chave das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários DSCs, que são discursos-síntese enunciados na primeira pessoa do singular, como se fosse a fala ou o depoimento de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

O DSC reflete os pensamentos e as representações do fenômeno estudado para aqueles sujeitos que estão inseridos numa determinada realidade, no momento em que os fatos estão acontecendo. Neste caso, por estarmos em um período em que o foco dos serviços de saúde é o resgate do valor humano e da integralidade

nas relações de cuidado, mostra-se pertinente a aplicação desta técnica de análise dos dados.

Lefèvre (2005; 2014) afirma que, para análise dos dados e tabulação dos registros, é necessário aplicar o que ele define como “figuras metodológicas” que nada mais é do que, passos que são necessários percorrer, sobretudo, quando se trata da coleta de dados em ambiente empírico. As figuras metodológicas são compostas por quatro etapas: Idéia Central, Expressão Chave, Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo.

As *Expressões-chave* (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, iluminados, coloridos, pelo pesquisador, e que revelam a **essência** do conteúdo discursivo dos segmentos do depoimento.

A *Idéia Central* (IC) é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível o sentido das afirmações específicas presentes em cada um dos discursos analisados e em cada conjunto homogêneo de expressões chaves, conjunto esse que vai dar origem, posteriormente, ao DSC. É importante assinalar que a IC não é uma interpretação, mas uma **descrição do sentido** de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

Já a *Ancoragem* (AC) compreende um exato conteúdo discursivo presente em um determinado depoimento, que é a **manifestação linguística explícita** de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs, mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem.

O *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC) compreende um **discurso-síntese** redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECHs que tem ICs ou ACs semelhantes. Os autores da técnica afirmam que:

“[...] os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora [...] o que se busca [...] é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFRÉVE, 2005, p. 19).

Por isso mesmo, “é um discurso redigido na primeira pessoa do singular (LEFRÉVE, 2005, p. 18). Mas não pode ser construído de uma maneira aleatória. A junção das peças ou pedaços dos discursos deve seguir alguns princípios. O discurso, como um todo, deve apresentar **coerência** e fazer sentido; para que esteja em forma de um discurso deve expressar sempre um **posicionamento próprio** ou específico, diante do tema pesquisado. No caso de os depoimentos resultarem em mais de um DSC, deve-se fazer a **distinção entre os DSCs**, ou seja, precisa ser considerada a diferença/antagonismo presente ou a complementaridade possível entre eles.

Considera-se “que DSC é como se uma pessoa só falasse por um conjunto de pessoas” (LEFRÉVE, 2005, pg. 21), entretanto, este discurso trata-se de uma “**artificialidade natural**”, e por isso deve apresentar uma estrutura sequencial clara e coerente, aproveitando todas as ideias presentes no depoimento.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, para melhor compreensão dos resultados da pesquisa apresentam-se de forma sistematizada a caracterização dos gestores do NSP e dos Profissionais de Enfermagem, participantes do estudo. Na sequência a construção das categorias resultante da análise dos dados das entrevistas (Apêndice C) que foram confrontadas com o referencial teórico de Reason, articulada com a literatura relevante à temática e reflexões da autora deste estudo.

6.1 Caracterização dos Gestores do Núcleo de Segurança do Paciente

A caracterização dos gestores do NSP se deu a partir dos dados coletados na primeira parte da entrevista semiestruturada composta pelas informações sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, formação profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na instituição e tempo de atuação no NSP.

Quanto às informações sociodemográficas dos gestores do NSP que participaram deste estudo dois são do gênero masculino e cinco do feminino. A idade dos mesmos variou entre 31 anos e 58 anos. De forma semelhante, estudo realizado com enfermeiros gestores que participaram da implantação do NSP em quatro hospitais universitários do Paraná em 2015, apontou que em todos os hospitais, houve maior prevalência do sexo feminino (de 82% a 94%) dos participantes e com relação à faixa etária dos enfermeiros gestores esta variou de 30 a 59 anos (REIS *et al.*, 2017).

De acordo com a ANVISA (2016), a composição dos gestores do NSP pode variar de instituição para instituição, no entanto, devido seu caráter articulador, é conveniente que o NSP seja constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em

conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Quanto à formação profissional, os participantes gestores foram um médico, um veterinário, quatro enfermeiras e uma farmacêutica.

Legalmente, o coordenador do NSP deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, contando com boa aceitação pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2013). Da mesma forma os componentes do NSP carecem serem, necessariamente, membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança (ANVISA, 2016; REIS *et al.*, 2017).

Neste contexto, os resultados demonstram que os gestores do NSP coadunam com o preconizado na RDC n. 36/2013, visto que os gestores participantes deste estudo possuem tempo de formação profissional entre 13 a 33 anos. E que o coordenador mesmo possuindo formação de base em outra área profissional, atua há mais de 28 anos na saúde e possui especialização em gestão dos serviços de saúde com ênfase em qualidade e segurança do paciente.

A ênfase relacionada à importância da experiência e capacitação dos gestores para a segurança do paciente indica que os mesmos precisam possuir capacidade de realizar ações voltadas à disseminação do conhecimento em torno da temática, com vista a implantar estratégias de promoção a segurança do paciente. Esta premissa é recomendada por órgãos nacionais e internacionais, pois tende a favorecer mudanças significativas na cultura de segurança das organizações, contribuindo com o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias à assistência segura ao paciente (WHO, 2009; BRASIL 2013c; PAESE; DAL SASSO, 2013).

Dentre os quesitos em prol do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, a Agencia Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido elenca passos importantes que incumbe, sobretudo, os gestores observarem como: liderar e dar apoio à equipe multiprofissional; integrar as atividades de gestão de risco; incentivar a notificação; envolver os pacientes e o público nas ações de cuidado; aprender e compartilhar informações e implementar soluções para prevenir os danos (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005).

6.2 Caracterização dos profissionais de enfermagem

A caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil foi efetivada a partir dos dados coletados na primeira parte das entrevistas semiestruturadas. Esta etapa é composta pelas informações sociodemográficas constituídas por sexo, idade, estado civil, formação profissional, tempo de formação e tempo de atuação na instituição, detalhadamente apresentada a seguir.

Quanto ao sexo dos profissionais de enfermagem, a totalidade (100%) dos participantes foi do sexo feminino. Esta especificidade é característica da profissão, conforme revela estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Bahia em 2016 (SILVA; ROSA, 2016), assim como apontou Costa *et al.* (2018) que também identificou predominância do sexo feminino (84,7%) na sua investigação. No entanto, a inserção masculina em diversas outras realidades onde atuam trabalhadores de enfermagem tem aumentado gradativamente (SILVA; ROSA, 2016).

A idade dos profissionais de enfermagem variou de 27 a 54 anos. Neste atributo, chama-se a atenção que o grau de escolaridade é controverso ao aumento da idade, pois as enfermeiras que possuem qualificação superior possuem idade inferior as técnicas de enfermagem. Isto leva a acreditar que atualmente os trabalhadores de enfermagem estão se qualificando cada vez mais cedo e que a inserção no mercado de trabalho exige profissionais com excelência e cada vez mais capacitados frente aos avanços tecnológicos e científicos.

Outra característica observada foi que devido ao fato do hospital aderir a administração pública da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ligada ao Ministério da Educação, a instituição possui dois tipos de vínculo empregatício (Estatuário e contratados via processo seletivo CLT).

Das participantes, cinco são enfermeiras, 12 são técnicas de enfermagem, sendo que uma das técnicas possui a graduação em enfermagem. Estudo realizado com o objetivo de descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública de Feira de Santana/Bahia revelou similaridade quanto ao grau de escolaridade com o maior quantitativo de técnicos de enfermagem, seguido de enfermeiros e auxiliares de enfermagem com quantitativo pouco expressivo (SILVA; ROSA, 2016). Já no estudo de Silva-Batalha e Melheiros (2016), que investigou a

cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino, apontou que o número majoritário foi de trabalhadores de enfermagem com ensino médio completo.

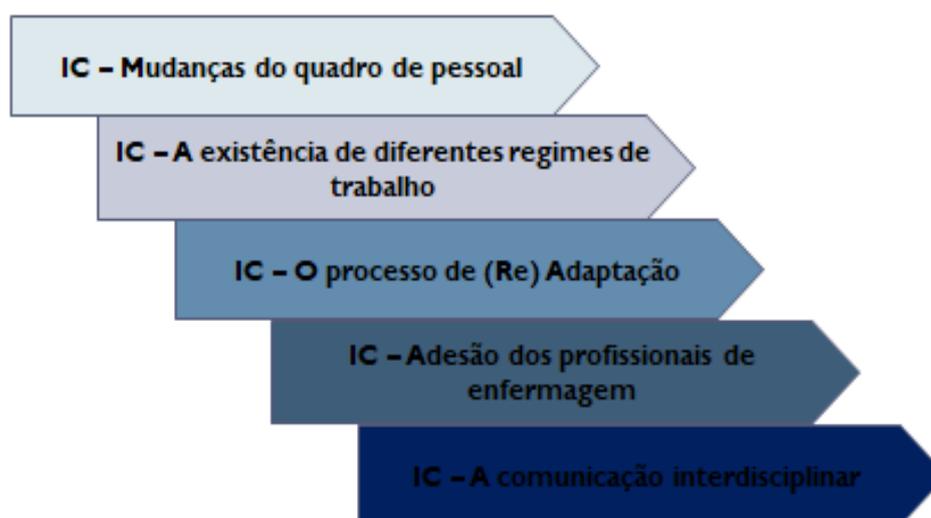
Em relação ao tempo de atuação na unidade materno infantil do hospital, observou-se que os dados refletem a realidade de mudança organizativa e administrativa que a instituição vem transitando. Dos entrevistados, duas participantes se mantiveram vinculadas ao antigo regime de trabalho com 23 e sete anos e 15 entrevistadas com contrato CLT, referiram tempo de atuação na unidade de seis meses a três anos.

A seguir serão apresentadas as categorias resultantes da análise do discurso dos participantes.

7 A promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil na perspectiva dos gestores e profissionais de enfermagem

Frente aos DSCs identificados, elencaram-se três categorias de análise: Fatores que permeiam a adesão de medidas seguras de cuidado na unidade materno-infantil; Medidas instituídas na unidade materno-infantil para promover o cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos; Potencialidades e fragilidades das medidas propostas para a promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil.

7.1 Fatores que permeiam a adesão de medidas seguras de cuidado na unidade materno-infantil



Segundo a ideia da abordagem sistêmica, a qual abrange os fatores organizacionais além dos fatores humanos e tecnológicos, os hospitais se classificam na categoria das instituições complexas sendo necessário proporcionar sistemas de defesa por meio da criação de barreiras e proteções que estejam posicionadas estrategicamente nas múltiplas etapas do cuidado, a fim de evitar prováveis erros e eventos adversos no decorrer da assistência (REASON, 2000).

Em concordância com o autor acima, mesmo que os hospitais sejam sistemas que incidam na utilização de altas tecnologias, possuem camadas defensivas. Algumas são criadas (como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos), outras dependem dos profissionais (como cirurgiões, anestesistas, operadores da sala de controle) e outras, ainda, dependem dos procedimentos e controles gerenciais (REASON, 1997; 2000).

Nesta perspectiva, a implementação de estratégias de gestão, no sentido de identificar antecipadamente as situações de risco e agir pró-ativamente na perspectiva da segurança do paciente como uma cultura organizacional, desponta como alternativa para minimizar danos durante a terapêutica.

Acredita-se que iniciativas que promovam a cultura de segurança nas instituições de saúde, incluindo a implantação do NSP num hospital de grande porte pode ser considerado um desafio, pois envolve necessidades de mudanças organizacionais e aceitabilidade quanto ao plano de desempenho estrutural e operacional. Estas adaptações muitas vezes são influenciadas pelas culturas e normas locais, nacionais e internacionais.

No hospital em estudo, os membros do NSP se mostraram comprometidos, contudo ressaltaram que devido à mudança recente do quadro de pessoal, deparam-se com colaboradores que estão se adequando a realidade do hospital e apresentam certas dificuldades, conforme os DSCs que seguem.

Ideia Central – Fatores relacionados à mudança no quadro de pessoal

DSC - Toda essa entrada de novo pessoal trouxe uma dificuldade para as equipes em geral, adaptação a novas formas de trabalho, foi muita coisa mudando ao mesmo tempo e equipes com formação muito diversas, dificuldades de achar um local para cada pessoa. Foi um momento difícil em todas as unidades e um desafio a mais para os coordenadores de equipes (G2; G5; G6).

O discurso dos gestores a seguir complementa a ideia do DSC anterior, expondo que além das dificuldades externas, advindas com os novos colaboradores selecionados pela EBSEH, aqueles que permaneceram ligados ao hospital e integram o NSP, tiveram que se adequar e formar vínculos com os demais que foram aos poucos sendo integrados ao grupo antes de recomeçar a pensar em estratégias de gestão.

Ideia central -A existência de diferentes regimes de trabalho na unidade materno-infantil

DSC - Foi bem complicado...Foi feito uma mudança muito radical e por ter sido entre funcionários que eram da antiga fundação, com funcionários entrando pela EBSEH e mais no meio de tudo os do RJU, tínhamos três tipos de razão social, três contratos diferentes, três cargas horárias diferentes, três salários diferentes, então foi muito complicado. Não porque eles não queiram colaborar, mas é que estão se adaptando ao setor, se adaptando ao paciente, se adaptando a cidade e ao contexto (G1, G3; G6).

O ingresso de novos colaboradores na instituição veio regularizar a força de trabalho que estava em déficit nos últimos anos ou relocar aqueles que atuavam nos hospitais universitários com vínculos considerados irregulares pelos órgãos de controle (EBSEH, 2016). Desta forma, observa-se que o número maior de profissionais nas unidades materno-infantis também possibilitou a ampliação e a qualificação da oferta de serviços de saúde às mulheres e recém-nascidos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) nas instituições federais.

Contudo, os membros do NSP manifestaram que a reorganização do quadro de pessoal representa um momento de instabilidade quanto ao gerenciamento da equipe, pois se deparam com profissionais de diferentes formações, culturas, pouco ou não adaptadas ao novo contexto de trabalho, seus protocolos, normas e demais peculiaridades e que acabaram de integrar uma equipe interdisciplinar que já atuava no hospital. Estas características, de acordo com a teoria do queijo suíço, podem ser vistas como orifícios presentes na estrutura operacional, que se não observados com atenção, podem somar a outras lacunas presentes no processo de cuidado e refletir em possíveis incidentes ou danos a mulher e ou ao recém-nascido.

Por outro lado, identificou-se, frente os depoimentos dos membros do NSP, um DSC que vislumbra uma perspectiva de melhoria da qualidade e segurança do cuidado na unidade materno-infantil após o encerramento do ingresso de novos colaboradores, pois, segundo eles, os mesmos vieram para contribuir com a demanda das unidades.

Ideia central – o processo de (re)adaptação da equipe de saúde após reestruturação

DSC - Nós estamos nos adequando as normas da instituição de saúde. Nós temos dificuldades com protocolos, com procedimentos operacionais padrão com as novas regras etc. A gente não tem pernas, espero que esse ano a gente consiga um

pouco mais sobre essa questão da capacitação, embora tenha melhorado muito de 2016/2017 pra cá, perto do que tínhamos antes (G2; G4; G6).

Sabe-se que mudanças sempre tendem a gerar desconfortos e exigem certas readaptações. Os participantes deste estudo apontaram a reestruturação do quadro de recursos humanos como um dos fatores embaraçosos no que tange ao desenvolvimento de ações de segurança do paciente no hospital e, em particular na unidade materno infantil, uma vez que a cultura de segurança do paciente reflete a visão e o comportamento coletivo. Ao mesmo tempo nota-se que há perspectiva de melhoria com o passar do tempo.

A admissão de novos colaboradores introduz múltiplas visões, costumes e culturas que exigem paciência, disposição e tempo para redelinear ações que possam ser absorvidas e praticadas por todos. A Ebserh pressupõe o alinhamento com a estrutura organizacional da empresa, de modo a assegurar coerência entre os objetivos, processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as atividades. Além disso, o desejo é que o novo modelo contemple a realidade e a forma de organização adotada nos hospitais da rede (EBSERH, 2016).

Para a questão da qualidade e segurança do paciente, as relações dos profissionais de saúde com as organizações, são fundamentais para o sucesso ou não de um programa que objetive promover, entre os seus colaboradores, uma cultura positiva de segurança do paciente (BRASIL, 2016).

Neste sentido, ao analisar o discurso dos profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil notou-se algumas características quanto à interação multiprofissional e a comunicação dentro da equipe de saúde que refletem diretamente na qualidade do cuidado e a segurança do paciente se apresenta comprometida, até o momento.

Ideia central – Comunicação interdisciplinar como fator chave para a qualidade do cuidado na perspectiva dos profissionais de enfermagem

DSC - *Nessa semana tivemos problemas de administração de medicamentos. Mas não ao paciente errado, e sim por conta de prescrição errada. As vezes é questionado com o médico se realmente é aquilo, porque antigamente a prescrição era num formato que facilitava para suspender ou retirar medicação. Agora, como está nessa fase de adaptação, uma das vias vai direto pra farmácia e para excluir ou incluir medicação é diferente. Então tem vezes que a gente acaba ficando com duas*

prescrições vigentes no mesmo período, aí tem que ficar olhando o que se suspendeu ou não, que hora vai entrar essa medicação e se é esta a prescrição correta. Agora estamos grifando o horário que entra a prescrição com uma caneta marca texto e, eu particularmente, coloco grifado na prescrição médica o que é 'se necessário' ou não, e quando tem alteração eu circulo e coloco o horário correto. Tudo pra evitar o erro... O "durante" é que é complicado, pois os médicos muitas vezes prescrevem verbalmente as medicações, até mesmo por discordância da equipe médica na conduta. Quando chega residente novo que não foi informado da rotina, quais as melhores maneiras de abordagem e é quando acontecem os erros. Eles (médicos) pedem para aplicar um soro glicosado, por exemplo, se está prescrito, a gente faz, depois chega outro e diz que quer outro, aí fica aquela discordância. Então agora a gente só faz se estiver prescrito, se não, não se faz e aguarda a prescrição (TE2; E9; TE11; TE14).

Nos hospitais universitários federais, a questão da circulação constante de residentes e graduandos trazem um aspecto extra que exige maior atenção no sentido de desenvolver mecanismos que atrelem a cultura de segurança do paciente a este dinamismo de entrada e saída de profissionais de saúde. As barreiras de comunicação se intensificam nestes ambientes dinâmicos, o que pode afetar a qualidade da assistência à mulher e ao recém-nascido, pois a comunicação adequada é a base para evitar erros de conduta, sendo, portanto, fundamental para ao cuidado seguro.

No processo de parto e nascimento a boa comunicação da mulher com o profissional de saúde é primordial, pois quando a mulher se sente protagonista no processo de parturição, esta condição pode tornar este momento menos sofrido e traumático. Por outro lado, no decorrer da assistência no trabalho de parto e parto é preciso atentar para mudanças repentinas e alterações de condutas terapêuticas. Quando a comunicação multiprofissional não flui de maneira adequada ou não é suficientemente clara, a possibilidade de ocorrer erros que resultem em eventos adversos tanto para a mulher como para o recém-nascido aumenta.

Neste estudo o processo de comunicação na unidade materno-infantil mostrou-se prejudicada nos discursos dos participantes, pois devido à falta de protocolos claros e/ou um sistema de informação mais eficazes, cada profissional adota a medida que mais lhe permite tornar sua prática segura, o que pode não ser

comunicado ou interpretado de forma adequada por todos os envolvidos no processo de cuidado.

Segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente a comunicação inadequada está entre as principais razões de mais de 70% dos eventos adversos, tais como: erro de administração de medicamento, identificação incorreta do paciente, prescrição inadequada e entre outros eventos adversos na assistência ao paciente (IBSP, 2017).

De acordo com Araújo et al, (2017) a comunicação pode ocorrer de forma eletrônica, verbal ou escrita, porém necessita ser efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidades e compreendida pelo receptor. Para estes autores os principais fatores que comprometem a comunicação efetiva e a assistência de qualidade são falhas relacionadas à troca de informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, assim como registros de saúde realizados de maneira ilegível e incompleta.

Frente o exposto, pressupõe-se que os entraves para melhorar da comunicação, meta instituída pela AMSP (2004) e enfatizada pelo PNSP (2013), pode estar relacionados à precariedade das outras metas de promoção a segurança do paciente como a identificação correta do paciente e a melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2016). Todas estas ações precisam estar claras e serem entendidas como fundamentais no cuidado seguro para tornarem-se práticas rotineiras nos serviços de saúde e neste estudo, a unidade materno-infantil.

Bergamim e Prado (2013) e Gomes *et al.* (2014), creditam o processo de comunicação efetivo ao envolvimento da gestão hospitalar na liderança da equipe e no alinhamento dos processos organizacionais assim como o engajamento da equipe interdisciplinar para que os objetivos sejam traçados de maneira que todos almejem as mesmas metas organizacionais. Consequentemente, as práticas assistenciais e gerenciais estarão melhores articuladas a fim de garantir a satisfação e o cuidado seguro as mulheres e recém-nascidos.

Deste modo, vale ressaltar que para o bom desempenho das metas de promoção da segurança do paciente, as instituições de saúde e os profissionais que assistem às mulheres e os recém-nascidos nas unidades materno-infantis precisam, inicialmente, compreendê-las e após aderi-las com comprometimento e atitudes para imprimir o plano de cuidado direcionado a sua população com sucesso.

Nesta perspectiva, ao identificar como ocorre a adesão de novas propostas de melhoria do cuidado na unidade materno infantil, os profissionais de enfermagem discursaram que existe dois pontos de vista, ou seja, para aqueles profissionais que estão sendo admitidos percebe-se que novidades são mais bem aceitas do que aqueles profissionais de enfermagem que atuam há bastante tempo na unidade e que já possuem seus costumes e rotinas pré-estabelecidas.

Ideia central– Adesão profissional às novas medidas de segurança do paciente

DSC - *É bem tranquilo, acredito que são vistas como incrementos na qualificação do cuidado prestado na unidade. Chegou um sistema com a proposta de modificar tudo e a gente entendeu e tudo foi feito pra melhorar. Às vezes tem um pouquinho de resistência no começo com algo novo, a maioria não gosta, mas a gente recebe a ordem e precisa cumprir, porém no decorrer se vê que é para o bem. Nós funcionários da EBSERH temos facilidade para receber o novo, temos que evoluir e implantar coisas novas que tragam segurança para nós como profissionais e principalmente para o paciente. A guerra é com as mais antigas “ah, porque eu nunca fiz assim...” então qualquer coisa diferente para elas foi, e ainda é, difícil de aceitar, simplesmente não fazem e ponto final. (TE4; TE7; TE 8; E11; TE 13;TE17).*

Evidências científicas salientam que o conceito de segurança do paciente não se restringe somente a uma assistência à saúde livre de danos, mas em uma assistência realizada no momento correto, de forma eficaz, baseada nos melhores conhecimentos científicos e atendendo às necessidades do paciente e de sua família (WACHTER, 2010; AMORIN, 2017; GALVÃO *et al*, 2018).

Os profissionais de enfermagem que acompanham o processo de parto e nascimento na unidade materno-infantil, local deste estudo, destacaram no seu discurso que há uma dicotomia entre as atitudes dos profissionais admitidos recentemente e daqueles que atuam por um longo período na unidade. Estes demonstram certa resistência para aderir novas propostas, quanto que os colaboradores recém-admitidos se mostram receptivos a absorver readequações no processo de cuidado.

Em vista disso, destaca-se que o cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos está condicionado a avaliação constante da evolução do processo de parturição e nascimento e da necessidade ou não de intervir neste processo. Neste sentido, considera-se de fundamental importância focar o aprendizado

organizacional e melhoria contínua das ações de cuidado para a eficácia das ações implementadas em prol cuidado seguro nas unidades materno-infantis de modo que os procedimentos e intervenções não resultem em danos momentâneos ou permanentes.

Estudos corroboram que a cultura organizacional voltada à resistência às mudanças na rotina de cuidados ainda é forte na maioria das instituições públicas de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; REIS *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2018).

Segundo COSTA *et al.* (2018), o sentimento de estabilidade dos profissionais que trabalham em hospitais universitários públicos, em alguns momentos, podem afetar a adesão de práticas seguras, pois o trabalhador poderá executá-las da maneira que lhe for conveniente ou, simplesmente, não executá-las, tornando o processo de mudança em algo complexo e oneroso. Ainda, a resistência às mudanças, pode ser causada por processos de incertezas nos indivíduos que os afeta psicologicamente e provoca medo e, conseqüentemente, relutância em aderir.

No DSC referente a Ideia central “Adesão às novas medidas na perspectiva do profissional de enfermagem”, observa-se que os participantes expressam que a segurança do pré-parto, parto e nascimento, depende do desempenho humano no cumprimento de protocolos e regras preestabelecidas. No contexto materno e neonatal estas regras e normas podem ter que sofrer modificações repentinas dependendo da evolução ou de intercorrências que por ventura ocorra no decorrer da parturição.

Estes aspectos, num ambiente onde a cultura de segurança do paciente é efetiva, compreendida e praticada por todos os colaboradores do serviço, podem consistir em barreiras na identificação defatores de risco, impedir que incidentes aconteçam e o dano atinja a mulher e ou o recém-nascido. Contudo, para uma mudança acontecer, o ser humano precisa encontrar sentido no seu fazer e internalizar isso em forma de cultura de segurança, para que suas ações tenham efeito longo sobre o sistema. Quando se faz uma prática só para cumprir regras, pressupõe-se que regras não cumpridas implicam em sanções e penalidades.

No enfoque do pensamento sistêmico, os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, nos produtos utilizados e nos processos ou sistemas mal delineados. A ocorrência de incidentes é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais além da responsabilidade do indivíduo pelos seus atos, incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem

à gestão de qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros (REASON, 2005; WHO 2009).

Portanto, para conciliar as necessidades individuais e do sistema de saúde, sugere-se considerar os conceitos da cultura justa a qual identifica e aborda as questões dos sistemas que levam os indivíduos a adotar comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente. Esta cultura distingue entre o erro humano (ex. cometer deslizos), o comportamento de risco (ex. “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (ex. “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns estudos (ANVISA, 2017).

Quando os participantes relatam resistência de trabalhadores em sair de sua zona de conforto e aderir novas medidas que visam promover a segurança da mulher e do recém-nascido, refletem o pensamento coletivo institucionalizado de que mudanças podem expor fragilidades. Para Reason (1997) a dificuldade de aceitar mudanças no processo de trabalho pode estar atrelada a insegurança e o medo de ser punido frente ao erro. Culturalmente, fatores causadores de danos ao paciente são abordados de maneira punitiva, sendo o profissional apontado como culpado pela falha.

Contudo, atitudes como estas não evitam a ocorrência de novos erros e danos ao paciente. Na perspectiva sistêmica, para evitar a exposição dos pacientes a situações de risco é preciso ampliar o olhar para o sistema de saúde como um todo e substituir o paradigma punitivo por uma cultura positiva voltada para a educação, promoção e avaliação da assistência à saúde, uma vez que este sistema é composto por uma estrutura complexa em que falhas na segurança do paciente têm caráter multifatorial (REASON, 2000; 2005).

Assim, para tornar a segurança do paciente assunto transversal em todas as oportunidades de implementar ações que promovam a cultura de segurança, as mudanças precisam ser conscientes e sutis. A organização do serviço de saúde nas unidades materno-infantis devem valorizar as ações exitosas e progredir em programas internos de qualidade, monitoramento, análises mais robustas e feedback, constituindo equipes colaborativas e com participação multiprofissional (FÉLIX, 2017).

Alinhada a concepção coletiva dos fatores que podem dar margens a erros durante o processo assistencial, a ANVISA (2014), divulgou que independentemente

do tipo de organização do serviço, um programa que busque promover a segurança do paciente na atenção materna e neonatal requer primeiramente a formação de um comitê para melhoria da qualidade assistencial.

Nos serviços que prestam atenção materna e neonatal exclusiva, todas as ações desse comitê serão pertinentes ao NSP. Nos hospitais gerais que contam com serviços de atenção materna e neonatal podem-se incluir nas pautas do NSP as medidas referentes a essa área. Estas iniciativas visam acompanhar e avaliar como está sendo desenvolvidos os cuidados, quais os entraves e quais as situações que merecem ser reavaliadas afim de evitar desfechos danosos (ANVISA, 2014).

Tobias *et al.* (2014) destacam que as atitudes das organizações hospitalares estão relacionadas às suas respectivas culturas. Isto pode impactar na qualidade da assistência e nas tomadas de decisões estratégicas pelos gestores, pois suas ações devem ser alicerçadas na compreensão dos fatores, processos e direcionadas a manter os serviços de saúde seguros para seus pacientes.

Para Vicent (2010) a cultura de segurança, que constitui um dos valores da cultura organizacional tem por objetivo favorecer ações coerentes e comportamentos mais adequados, tendo as atitudes e as normas como fundamentais para um ambiente seguro. Mas esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das instituições de saúde, como por exemplo, setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e *modus operandi* regidos por códigos disciplinares específicos. Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento da equipe executiva, tática e operacional com a segurança influenciam diretamente o cotidiano de cuidado (VICENT, 2010).

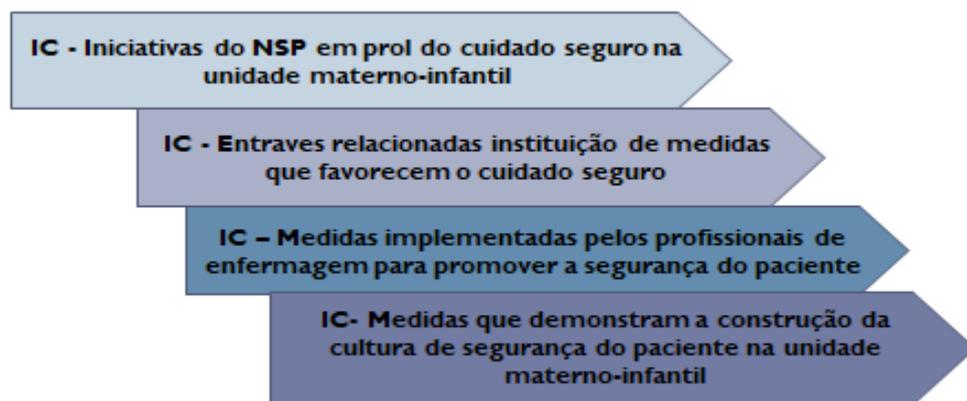
Este fator ficou notório no discurso dos profissionais de enfermagem que apontaram que quanto a comunicação multidisciplinar não se desenvolve adequadamente, pode interferir de forma negativa na qualidade do cuidado e favorecer a ocorrência de incidentes e eventos adversos.

Segundo estudo de Tomazoni *et al.* (2014) realizado em quatro Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais, a segurança do paciente é uma questão delicada e que fatores culturais precisam ser repensados, pois ainda persiste, nesses ambientes, a cultura de que as falhas são julgadas como incompetência profissional. Quanto às interferências para realizar cuidado com segurança e qualidade aos RNs, o estudo destacou o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à

quantidade de trabalho e ainda segundo os profissionais a gestão hospitalar não priorizava a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a promoção da cultura de segurança do paciente (TOMAZONI *et al.*, 2014).

No presente estudo, tanto os fatores de adesão apontados pelos gestores do NSP quanto pelos profissionais de enfermagem direcionaram para as mudanças organizacionais e de recursos humanos que o hospital vem se adequando. Estas mudanças tem impacto na interação multiprofissional, no trabalho em equipe e na comunicação eficaz e no desenvolvimento de protocolos e medidas que promovem a cultura de segurança na unidade materno infantil.

7.2 Medidas instituídas na unidade materno-infantil para promover o cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos



Para promover o desempenho de ações vinculadas a promoção da segurança e melhoria da qualidade dos serviços prestados às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos na maternidade e demais unidades assistências, foi lançado no hospital deste estudo, o PNSP no dia nove de abril de 2015. Porém o NSP preconizado pelo programa e cenário de atuação dos gestores em análise nesta tese, já vinha sendo estruturado desde 2013.

De acordo com Costa *et al.* (2018), para a valorização da segurança do paciente, a implantação de medidas e o seu monitoramento precisam ser prioridade entre todos os profissionais de saúde, inclusive daqueles que ocupam cargos de gestão, visto que a eles cabe a função de propor, acompanhar e avaliar as ações que promovem o cuidado seguro.

Sendo assim, para obter um cuidado seguro nos hospitais e, neste caso, na unidade materno-infantil, o PNSP que emergiu como reforço para alcançar as metas

da AMSP, propõe implantar as seguintes medidas voltadas à segurança do paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (BRASIL, 2013).

Estas metas devem nortear os gestores do NSP na idealização do plano de ação em segurança do paciente voltado à realidade do hospital. Este plano é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde desde a publicação da RDC nº36/2013 e necessita ser desenvolvido pelo NSP com intuito de direcionar as ações de segurança do paciente na instituição. O plano aponta medidas para trabalhar as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (BRASIL, 2013; EBSERH, 2016).

Neste estudo, os participantes que compõe o NSP demonstraram nos seus discursos que estão tentando se adequar as exigências dos órgãos controladores. Quando questionados quanto às iniciativas propostas para promover a segurança do paciente no contexto da unidade materno infantil, observou-se que o NSP está mais ativo atualmente, pois de acordo com o DSC foram identificadas algumas ações de melhoria, conforme preconiza as metas internacionais de segurança do paciente da AMSP, na unidade materno infantil do hospital.

Ideia central – Iniciativas do NSP em prol da segurança do paciente na unidade materno-infantil

DCS - No núcleo nós estamos tentando implantar as metas, acredito que estamos conseguindo. Temos a admissão de Infecção Puerperal, isso depende do CCIH, mas também têm esse controle da Infecção Puerperal. Quando aumenta a taxa de infecção puerperal, no pós-parto vaginal, no pós-parto cesáreo, nós também vamos atrás, vamos ver o que está acontecendo. A identificação já ocorre em 100% de nossos pacientes, nos adequamos com pulseiras especiais para a maternidade. E o checklist de parto seguro é outro protocolo que tivemos a ideia de iniciar com a ajuda da enfermeira responsável pela unidade. Os protocolos de quedas também demoraram um pouquinho, mas agora a pouco foi implantado. Temos visto sempre

com um olhar particular, mas tentando colocar as ações junto do hospital como um todo (G1;G2;G3;G5).

Como pode ser observado neste DSC, algumas iniciativas de segurança do paciente estão sendo implantadas. Umas encontram-se em estágios mais avançados como a identificação correta do paciente e outras, como o checklist de parto seguro, protocolo de quedas estão sendo conduzidos para a sua implementação na unidade.

Segundo o chefe de Serviço de Gestão da Qualidade, a Rede Ebserh implantou o PNSP em 2014, conforme consta do relatório anual do ciclo de autoavaliação das práticas de segurança do paciente nos serviços de saúde de 2017 e tem alcançado resultados expressivos no cenário nacional. No ano de 2017 registros demonstraram que o protocolo de higienização das mãos está implantado em 100% da rede e os demais protocolos estão em processo avançado de implantação (EBSERH, 2018).

No entanto, no hospital em estudo, observou-se no discurso dos gestores, a seguir, que alguns membros do NSP possuem percepções diferentes e/ou contrárias ao DSC anterior quanto ao andamento e a fase de implementação de medidas de segurança do paciente na unidade materno-infantil:

Ideia central – Entraves relacionadas à instituição de medidas que favorecem o cuidado seguro

DSC - A gente vem tentando implantar alguns protocolos há um ano e pouco com a chegada dos enfermeiros obstetras na instituição, mas de efetivo não tem nada. O protocolo do parto seguro é falho, nós temos o checklist, mas implantado realmente não temos nada porque a gente não conseguiu. Na questão da identificação a gente avançou, mas é um protocolo parcialmente implantado. Sobre a medicação segura, a gente não tem nada realmente efetivo. Estamos trocando o quadro de pessoal há dois anos. Primeiro nós não tínhamos o Núcleo estruturado, depois tínhamos o Núcleo estruturado, mas voltado para a Vigilância e não para a Segurança do paciente (G2; G6).

Este DSC revela que existem iniciativas, mas que as dificuldades estruturais e de gestão de pessoal se sobrepõem ao processo de implantação e avaliação de melhorias. Promover a cultura de segurança nos serviços de saúde vai além de propor protocolos com melhorias, é necessário o monitoramento dos indicadores de segurança do paciente previstos nos protocolos nacionais. O uso de indicadores

permite representar de forma quantitativa a evolução e o desempenho de um determinado processo, da qualidade dos produtos e serviços, da participação ou da motivação dos colaboradores de uma instituição em implementar as medidas propostas no plano de ação (EBSERH, 2016).

A análise do desempenho do processo de trabalho a luz da teoria do queijo suíço, se justifica quando se procura promover a cultura de segurança nos hospitais, pois possibilita refletir acerca dos erros serem oriundos tanto das falhas ativas que podem ser facilmente identificadas durante a assistência, como também daqueles problemas relacionados a estrutura, ao processo de trabalho e/ou a gestão da instituição (falhas latentes).

Em analogia a ideia do queijo suíço, os buracos nele contido, representam os problemas latentes que não são tão simples de serem identificados, mas que quando sofrem alinhamento podem resultar em danos ao paciente e comprometer a qualidade do cuidado e a segurança da parturiente e do recém-nascido (REASON, 1997). Assim, Reason expõe que esta compreensão possibilita que o gerenciamento do cuidado seja proativo ao invés de reativo (REASON, 2005).

Frente o exposto, buscou-se conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil que atuam diretamente com as mulheres e os recém-nascidos durante a internação, se os mesmos teriam como identificar as medidas propostas pelos gestores com vistas a promover cuidado mais seguro.

No DSC a seguir os profissionais de enfermagem apontaram diferentes medidas que estão sendo adotadas do decorrer de suas práticas e que são fundamentais para o cuidado seguro da mulher e do RN assim como para a segurança do profissional como a identificação da mulher e do RN com pulseiras de identificação personalizadas, adoção do novo modelo de prescrição médica e de enfermagem, introdução de barras de apoio nos banheiros e padronização de materiais utilizados no processo de cuidado.

Ideia Central – Medidas instituídas na Unidade Materno-Infantil pelos profissionais de enfermagem para promover a segurança do paciente

DSC- *Estou aqui na maternidade há pouco tempo, mas a gente toma muito cuidado com os procedimentos. As pacientes são todas identificadas assim como o RN que logo que nasce já é identificado também. A gente não deixa o bebe ir para o leito sem a pulseira, tem a pulseira amarela do risco de quedas também que é muito interessante. Agora nós estamos em uma fase de adaptação do novo modelo de*

prescrição médica, ingresso de novos residentes. Essa questão dos apoios nos banheiros que não tinha antes, as mudanças na prescrição de enfermagem, tem a questão da padronização dos materiais que a gente utiliza. Isso ajuda tanto na questão da segurança para o profissional como para o paciente (TE2; E 6; E 9; TE 13).

Como ações a serem estruturadas e previstas no plano de ação para a segurança do paciente nos hospitais da rede Ebserh destaca-se os protocolos de: identificação correta do paciente; melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, na segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos; estímulo a segurança cirúrgica, higiene das mãos, adesão ao Protocolo de prevenção de quedas e lesão por pressão, notificação online dos eventos adversos através do VIGIHOSP; investigação de eventos adversos moderados e graves; prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente; a educação continuada em segurança do paciente, incluindo na grade curricular dos residentes e novos servidores e o estímulo da participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (EBSERH, 2016).

De acordo com Fragata (2011), as práticas de segurança do paciente devem ser baseadas nas melhores evidências científicas, que são práticas efetivas em reduzir a chance de se causar dano ao paciente. Devem possibilitar ser aplicadas em diferentes níveis de assistência e para diferentes tipos de pacientes. Também necessitam serem amplas, sustentáveis e possíveis de ser utilizadas por pacientes, profissionais de saúde, fontes pagadoras e pesquisadores.

Neste contexto, os profissionais de enfermagem expressaram que, na maioria das vezes, existe iniciativa e vontade para melhorar as condições do cuidado, tanto por parte da gestão quanto por quem desempenha as atividades assistenciais. No entanto, percebeu-se alguns discursos divergentes, dos profissionais de enfermagem e componentes do NSP, sobre as atividades que são trabalhadas e o que realmente tem de efetivo instituído, sobretudo quando se trata de ações voltadas à unidade materno-infantil.

Acredita-se que todas as ações de melhoria são bem vindas, pois trazem qualidade e segurança assistencial. Porém, além dos fatores organizacionais que apareceram como entrave para a concretização das medidas de segurança do paciente, os discursos dos participantes se divergem, visto que aquilo que a gestão

vislumbra como medidas que promovem a segurança do paciente diferem, em partes, do que os profissionais de enfermagem consideram como ações efetivas para o cuidado.

Os gestores do NSP apontaram, sobretudo, medidas amplas que os órgãos nacionais e internacionais preconizam como metas a serem adotadas pelos serviços de saúde para promover o cuidado seguro. Já os profissionais de enfermagem, talvez por vivenciarem o dia-a-dia do cuidado prestado na unidade materno-infantil, citaram como medidas que promovem o cuidado seguro, algumas preconizadas pelo PNSP, mas, principalmente ações pontuais relacionadas à operacionalização do seu fazer, como mudanças no padrão de prescrição médica, em equipamentos, na qualidade dos materiais utilizados e nos fatores estruturais da unidade.

Esta visão dicotômica não favorece a instauração da cultura de segurança na unidade materno-infantil, tão pouco no hospital, visto que a instituição de protocolos pode estar sendo percebida como mais uma burocracia. Os profissionais estão muito mais impregnados do contexto da prática, do seu fazer cotidiano e muitas vezes, um fazer mais intuitivo e menos estruturado.

Esta realidade se faz presente em outros contextos, conforme retrata estudos que avaliaram a implantação de protocolos nos hospitais como o protocolo de identificação do paciente, protocolo de quedas e check-list cirurgia segura, evidenciaram que estes estão sendo inseridos ao dia-a-dia dos profissionais de enfermagem por meio de treinamentos e orientações, porém com pendências (OLIVEIRA et al, 2014; URBANETTO; GERHARDT; GIRARDELLO, 2016; SILVA et al, 2016).

Nos hospitais da rede Ebserh a melhoria contínua dos processos assistências parte da importância que os membros da governança dos hospitais darão ao programa segurança do paciente, amparando as suas respectivas unidades de vigilância em saúde e segurança do paciente no desenvolvimento de planos e ações no meio intra-hospitalar para que os profissionais se sintam engajados e comprometidos no desenvolvimento de boas práticas para uma assistência efetiva e segura (EBSERH, 2016).

Para Reason (2000), todas estas medidas são importantes quando se considera o cuidado seguro, visto ser este resultado da interação de múltiplos fatores. Segundo este autor um sistema de saúde possui muitas características que predispõem à ocorrência de falhas como ambientes incertos e dinâmicos; múltiplas

fontes de informação; mudanças, imprecisões e metas que se confundem; necessidade de processar informações atualizadas; ações com consequências imediatas e múltiplas; momentos de intenso estresse, permeados por longos períodos de atividades rotineiras e repetitivas; tecnologia sofisticada e com muitas redundâncias a qual muitas vezes confusa entre operador e equipamentos; múltiplos indivíduos com diferentes prioridades com ambiente de trabalho altamente influenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional instituída (REASON, 2005).

Somados a estas características, a assistência materna e neonatal apresenta outras peculiaridades como o emprego de força de trabalho humano com várias configurações de equipes, envolvendo médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde o que exige intensiva vigilância para evitar a ocorrência de erros, além de efetiva comunicação entre diversas disciplinas (ANVISA, 2014).

Considerando a área materno-infantil, a identificação oportuna dos problemas que podem contribuir com resultados desfavoráveis é fundamental, visto a importância, singularidade e vulnerabilidade do período que envolve diretamente duas ou mais vidas, suscetíveis a modificações súbitas (FÉLIX, 2017).

A promoção da cultura de segurança do paciente corresponde às atitudes, valores, competências, padrões de comportamento individuais e de grupo, reflete, sobretudo o comprometimento da gestão com a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

De acordo com Neto (2012), os gestores são os profissionais que se encontram em melhor posição para modificar atitudes e práticas institucionais, podendo contribuir para o estabelecimento de uma cultura da segurança do paciente como um pré-requisito da assistência. Cultura esta que encoraja a notificação e a solução dos problemas baseados em falhas do sistema, por meio de um modelo não punitivo que promova o aprendizado organizacional via análise e correções dos processos, possibilitando o cuidado ser centrado no paciente por meio de uma assistência interprofissional e que se desenvolve de forma colaborativa e interdependente (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde, e, sobretudo a enfermagem, tem muito a contribuir com a promoção da cultura de segurança na unidade materno-infantil, pois as mulheres e sua prole necessitam da continuidade e diversidade dos cuidados, uma vez que, muitas possuem extremos de idades do período fértil, podem apresentar

comorbidades que culminam num grande volume de internações (ANVISA, 2014). Além disso, nos hospitais públicos ocorrem limitações dos recursos financeiros e humanos que têm desafiado gestores e prestadores de serviço (BOWERS; CHEYNE, 2016).

Convém reforçar que a área da saúde, associada às organizações complexas como unidades materno-infantis, o risco zero é impossível de se obter. A enfermagem, pelas características intrínsecas da profissão, por participar diretamente na realização de cuidados complexos, de procedimentos invasivos e permanecerem 24 horas ao lado da mulher e do seu bebê, torna-se susceptível a erros. Logo, como membros proativos do cuidado, os profissionais de enfermagem devem ser encorajados e obter respaldo da gerência para buscar estratégias sólidas a fim de prestar um cuidado seguro (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente enfatiza a comunicação eficaz entre a equipe, a utilização dos erros como oportunidade de aprendizado e a valorização do profissional por meio da educação continuada são estratégias que promovem o cuidado seguro as mulheres e recém-nascidos (RBENSP, 2013).

Para Sousa (2014), o gerenciamento dos riscos necessita abranger informações colhidas a partir da ocorrência de falhas ou acidentes e incluir também a análise contínua de informações obtidas na rotina diária, utilizando metodologias proativas de monitoramento dos riscos e das atitudes de segurança.

Este enfoque parece não ser tão frequente nos hospitais, conforme demonstra estudo realizado a fim de investigar a cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino na óptica de profissionais de enfermagem. Neste, a instituição analisada se mostrou no estágio reativo da maturidade de cultura de segurança, no qual a organização desenvolve ações corretivas somente após a ocorrência de incidentes, buscando garantir que estes não voltem a ocorrer (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Sabe-se que culturalmente é difícil lidar com o erro, uma vez que este é visto como algo que merece punição. No entanto, na perspectiva de James Reason, o erro é uma questão complexa, cada tipo de falha possui causas e explicações intrínsecas, onde as ações planejadas podem não acontecer como esperadas, planejadas ou foi inadequada para atingir o objetivo pretendido (FERNANDES *et al.*, 2014). Neste ponto de vista, a abordagem individualizada do problema torna-se

obsoleta. Reason (2000) propõe, então, a quebra deste paradigma, sustentando que erros são frutos da falha de sistema e que por isso deve ser abordado de forma holística.

Galvão *et al.* (2018) referem que investimentos em abordagem sistemática de erros, na qualificação da equipe e na gestão são fundamentais para fortalecer a segurança do paciente no hospital e que avaliação de melhorias na assistência, associadas à mensuração sistemática da cultura de segurança são estratégias para aumentar a segurança do paciente.

Somado a estas estratégias, Gomes *et al.* (2014) acreditam que a concepção do erro como algo coletivo pode demonstrar avanço na mudança cultural, uma vez que a segurança do paciente não é uma problemática individual, tão pouco de uma única categoria profissional, mas inclui a equipes de trabalhadores, a estrutura organizacional e o processo de trabalho instituído.

Neste contexto, acredita-se que apesar de ser a gestão (NSP) a responsável pela elaboração e implementação de medidas que promovem a segurança do paciente nos hospitais, estas medidas precisam estar alinhadas com o entendimento e cooperação dos profissionais atuantes na área operacional para surtir maior efetividade. Entende-se que quando todos estão alinhados na sua missão e visão quanto aos objetivos a serem alcançados, o cuidado tende a torna-se satisfatório tanto para a equipe de saúde, quanto para o paciente.

Conforme a Agencia de Pesquisa de Qualidade em Saúde (*Agency for Health Research and Quality – AHRQ*, dos EUA, que promove pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente nos hospitais, o quesito Apoio da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente destaca a importância da gestão hospitalar oferecer um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstre que esta é a prioridade no interior da instituição de cuidado (SORRA; NIEVA, 2003).

Neste estudo os participantes do NSP referiram que a segurança do paciente consiste como prioridade da equipe atual, apesar dos ajustes que a instituição vem transitando quanto ao quadro de pessoal. No entanto, constata-se em outros estudos que a segurança do paciente ainda não é uma verdade absoluta nos hospitais do país (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016; REIS *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2018).

Conforme Costa *et al.* (2018), a administração do hospital investigado em seu estudo ainda não propicia clima de trabalho focado na segurança do paciente, muito menos demonstra interesse e iniciativas que a promovam.

Outro estudo que objetivou descrever a percepção de enfermeiros gestores quanto o processo de implantação das estratégias de segurança do paciente em quatro hospitais, apontou que poucas mudanças aconteceram no processo de trabalho e alguns enfermeiros referiram não se recordar da situação que o hospital se encontrava em relação à implantação das estratégias de segurança do paciente (REIS *et al.*, 2017).

Reis *et al.* (2017) apontaram ainda, que o atraso na implantação das metas de cuidados seguros tem causado sentimento de decepção em alguns profissionais, mas que para outros a possibilidade de participar do processo de implantação das metas de segurança e, com isso, ofertar assistência segura ao paciente e ao profissional emana sentimentos de satisfação.

Observou-se nos DSC dos participantes deste estudo que a cultura de segurança do paciente na unidade materno infantil mostra-se frágil visto que os gestores do NSP deixaram claro que as mudanças no quadro de pessoal mexeram com a estrutura do núcleo e que isso interferiu no andamento dos planejamentos e propostas quanto às ações de melhoria do cuidado materno e neonatal no hospital. Porém, percebeu-se que existe anseio dos novos membros do NSP por realizar um trabalho que seja resolutivo e que contribua para a qualidade das atividades assistências.

Segundo Costa *et al.* (2018) para fortalecer a cultura de segurança do paciente, os gestores devem atentar-se a um modelo de gestão participativo, com estruturas mais horizontais e que atendam as necessidades dos pacientes e dos profissionais. Além disso, as lideranças das instituições de saúde necessitam coordenar a diversidade entre os profissionais de saúde e suas especialidades, de modo que o trabalho desenvolvido seja coordenado, eficaz e seguro para todos (COSTA *et al.*, 2018).

De acordo com documento Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade ao prestar assistência materna e neonatal várias ações podem ser implementadas para melhoria da qualidade e segurança assistencial. Estas ações podem focar: Trabalho em equipe; Simulações realísticas; Diretrizes baseadas em evidências; Desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos

otimizados; Listas de checagem de segurança; Intervenções combinadas (bundles); Educação continuada e rondas de segurança (ANVISA, 2014).

Todas estas ações podem fazer parte de planejando do cuidado dependendo das prioridades e dos objetivos de cada serviço, assim como dos fatores causais ou influenciadores encontrados no processo de análise dos motivos que geraram os incidentes ou eventos adversos às mulheres e seus recém-nascidos.

Ao comparar as vulnerabilidades dos sistemas complexos de cuidado, como os hospitais, com os buracos de um queijo suíço, nos quais as lacunas que existem no serviço de saúde representam os buracos de uma fatia do queijo, Reason (2000) enfatiza a teoria de que se em alguma das etapas do processo de trabalho, for identificadas fragilidades e resolvidas proativamente, é possível evitar incidentes que possam evoluir para evento adverso.

No entanto, as infecções relacionadas à assistência da saúde tornaram-se preocupação mundial deste o final do século XX, nos quais evidências científicas tem demonstrado dados alarmantes de agravos a saúde dos pacientes que foram hospitalizados e sofreram danos por processos relacionados aos cuidados recebidos e não a doença em si (KOHN *et al.*, 2000; RUNCIMAN *et al.*, 2009; BRASIL, 2013; CAVALCANTE, *et al.*, 2015; ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia constataram que 2,9% a 16,6% dos pacientes internados foram vítimas de eventos adversos, sendo 50% passíveis de prevenção (KOHN, *et al.*, 2000). No Brasil, um estudo realizado em um hospital universitário mostrou que 50% dos pacientes em alta hospitalar e 70% dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um evento adverso (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

A enfermagem, por estar diretamente relacionada às práticas que podem levar a ocorrência de infecções decorrentes do cuidado em saúde deve ter suas ações respaldadas no conhecimento científico, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias e embasada em atitudes e habilidades que promovam um ambiente seguro.

Neste sentido, os profissionais de enfermagem são atores essenciais no desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos, garantindo a segurança do paciente, reduzindo ou eliminando o risco de danos desnecessários associados com a saúde

a um mínimo aceitável, e assim evitando a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde (RBENFSP, 2013).

Com vistas a identificar ações que minimizem estes riscos na assistência materna e neonatal, notou-se nos discursos dos profissionais de enfermagem que algumas ações estão sendo praticadas no decorrer do processo de cuidado para evitar o surgimento de infecções relacionadas à assistência das mulheres e dos recém-nascidos.

Ideia central – Medidas que demonstram a construção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil.

DSC – Existe o controle de infecção relacionada à assistência em saúde que parte da gestão. Então toda gestante que vai para cesária temos que fazer o checklist antes, não pode estar com adornos, com prótese nem aplique nos cabelos. Nós acabamos de receber EPI's, como sapato, óculos que a gente não tinha recebido ainda e agora chegou. Foram explicados que os EPI's servem para a segurança do profissional e dos pacientes. Agora está tendo uma campanha bem grande no hospital em relação aos registros dos erros ou falhas. Antes a gente recebia muito paciente do bloco sem oclusor no acesso, ferida operatória sangrante, meio descolando, agora com as palestras e tudo a enfermeira tem explicado que a notificação não é pra constranger o profissional, mas para identificar onde precisa melhorar (TE 8; E10; TE16; TE 17).

Os erros representam uma triste realidade da assistência à saúde e com consequências para pacientes, profissionais e organização hospitalar. Portanto, a enfermagem deve ter uma visão ampliada do sistema de segurança do paciente e dos processos na tentativa de garantir a segurança e a qualidade do cuidado que está sob sua responsabilidade (SIMAN; BRITO, 2016).

No presente estudo, os profissionais de enfermagem apontaram algumas ações nessa direção, mesmo diante das recentes mudanças dos componentes da equipe e das novidades instituídas na unidade materno-infantil. Segundo Oliveira *et al* (2014), o compromisso de melhoria deve ser contínuo e proveniente de todas as direções, promovendo estrutura física, humana e organizacional que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital.

O fato de este ser um hospital de ensino que assume um papel social, econômico, político e científico só reforça esse compromisso. Nesta perspectiva, quando se tem consciência de agir proativamente, os erros são vistos como

consequências e não como causas. A ideia central nesse tipo de abordagem sistêmica é a de defesa do sistema, uma vez que, todas as atividades são complexas e perigosas e devem possuir barreiras para evitar a ocorrência de eventos adversos. Assim, quando estes ocorrem, a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam e os fatores predisponentes não foram tratados (REASON, 2000).

Para a identificação das lacunas e fatores que predispoem a erros, é fundamental a existência de indicadores ou medidas para avaliar a qualidade ou eficiência da assistência nas unidades materno-infantis. Embora não existam indicadores padronizados em nível internacional para avaliar a qualidade da atenção materna e neonatal, os serviços de saúde devem escolher e utilizar aqueles indicadores mais sensíveis e que reflitam a realidade da assistência para aquela instituição em particular (ANVISA, 2014).

Nas unidades materno-infantis dos hospitais filiados a Ebserh os seguintes mecanismos de identificação e monitoramento dos riscos são recomendados: notificações espontâneas; Buscas ativas; Auditorias Observacionais - Ações Proativas e captação externa de notícias e informes de eventos adversos – Ações Reativas (EBSERH, 2016).

O recurso de **notificação espontânea** consiste num método em que o profissional de saúde notifica quaisquer suspeitas da ocorrência de evento adverso apresentado pela mulher ou recém-nascido a partir do preenchimento dos formulários próprios disponíveis online, por meio do VIGIHOSP que tem objetivo informatizar o acompanhamento de notificações de incidentes nos hospitais, queixas técnicas, doenças e agravos em saúde.

Na **busca ativa** representantes da equipe do NSP acompanham gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos hospitalizados por meio de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de detectar possíveis reações e eventos adversos que estejam ocorrendo ou que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de cuidado.

Quanto às **auditorias observacionais** são realizadas visitas técnicas de observação aos processos operacionais de trabalho e assistência na unidade materno-infantil para analisar conformidades e não conformidades.

Por fim, a **captação externa de notícias e informes de eventos adversos** consiste em ações reativas de identificação de riscos que buscam captar e analisar

a notícia, trabalhar os potenciais riscos para prevenir a ocorrência e divulgar nas unidades de assistência ao paciente.

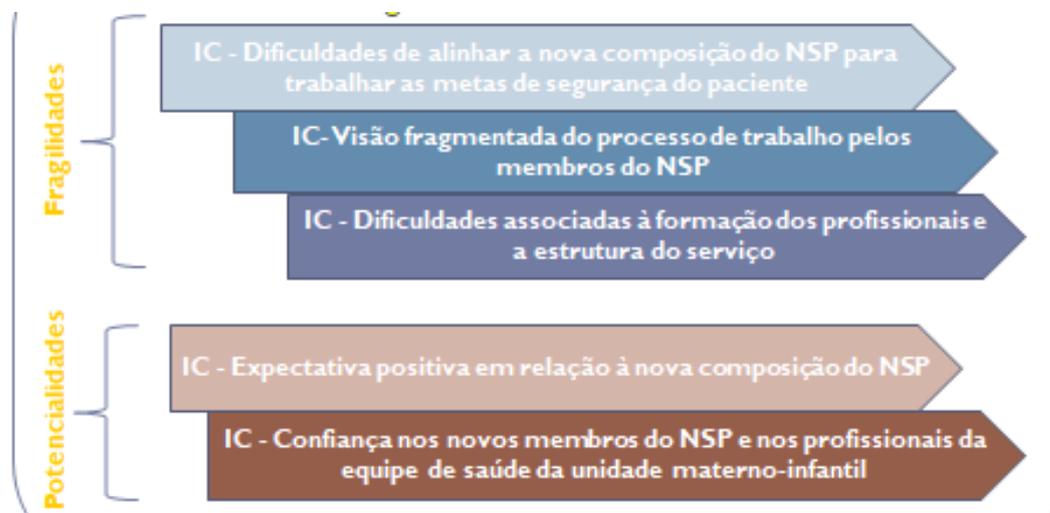
Diante de todas as medidas preconizadas e aquelas que os participantes identificaram, neste capítulo, acredita-se que é fundamental envolvimento das equipes de gestão com a realidade local para disseminar a cultura de segurança do paciente e, conseqüentemente planejar, implementar e avaliar ações de melhoria assistencial. Da mesma forma que ações simples e efetivas como o seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente dos trabalhadores podem prevenir e reduzir riscos e danos na unidade materno-infantil qualificando o cuidado prestado às mulheres e seus bebês.

Frente às percepções dos componentes do NSP e dos profissionais de enfermagem, que cuidam das mulheres e dos recém-nascidos, sobre as estratégias que foram implementadas na unidade materno-infantil, buscou-se conhecer quais as potencialidades e as fragilidades que estes participantes identificam para instituir novas medidas que visam promover a cultura de segurança do paciente. Este tópico será desenvolvido na categoria a seguir.

7.3 Fragilidades e potencialidades das medidas propostas para a promoção da cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil

Este capítulo demonstra a percepção dos gestores do NSP e dos profissionais de enfermagem quanto as fragilidades e potencialidades percebidas para implementar medidas que visam promover o cuidado com segurança para a mulher e seu RN na unidade materno-infantil.

7.3.1 Percepção dos gestores no NSP



Nos últimos anos, o tema assistência à maternidade no Brasil tem estado no centro de vários debates, tanto em função do uso excessivo de intervenções desnecessárias durante o processo de parturição quanto pelas altas taxas de cesárea, o que aumenta o risco de resultados adversos no curto prazo quando feito sem indicação médica (LEAL *et al.*, 2014; SALGADO *et al.*, 2017).

Para intervir em realidades como esta, diminuir a mortalidade materna, as morbidades graves, as near-miss e qualificar o atendimento no parto e no manejo adequado das complicações é necessário pensar em estratégias efetivas e seguras (SANTANA *et al.*, 2018).

O MS em parceria com a ANVISA recomendou instituir o NSP, nos serviços de saúde via Resolução nº36/2013 com as seguintes atribuições: elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o plano local de segurança do paciente, monitorar ações, implantar protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores. O NSP necessita, também, participar ativamente do sistema de notificações de incidentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e de pesquisas que incentivem a cultura de segurança do paciente, sendo obrigatório que os hospitais e os serviços de saúde além de implantar o NSP, notifiquem mensalmente os eventos adversos associados à assistência à saúde (ANVISA, 2014).

Segundo o Sistema de Informações Gerenciais da Ebserh, após várias ações realizadas pelos hospitais universitários federais filiados à empresa, o índice de

implantação do PNSP cresceu 24%, em 2015. Contribuiu para este resultado a adesão dos hospitais às Diretrizes Ebserh de implantação dos NSP em 92,4%, o crescimento na realização de campanhas educativas para a segurança do paciente em 69% e os avanços em 56% na implantação dos protocolos de segurança do paciente (PROQUALIS, 2015).

Frente este panorama das iniciativas instituídas em favor da segurança do paciente, na rede Ebserh e no hospital de ensino desta pesquisa, buscou-se verificar o que os membros do NSP identificam como fragilidades ao implementar ações de promoção da segurança do paciente na unidade materno infantil.

Ideia central – Dificuldades de alinhar a nova composição do NSP para trabalhar as metas de segurança do paciente

***DSC** - Eu acho que ainda não há uma coisa específica voltada para a maternidade. Esse núcleo está composto há um tempo, mas de uns dois meses pra cá acho que ele tomou um novo fôlego. As mudanças dos componentes impactaram bastante para a segurança do paciente, mas as coisas estão sendo mais lentas do que a gente pensava inicialmente. Temos vários projetos encaminhados, mas pensávamos que hoje estaria com todos os protocolos implantados. Por exemplo, quando a gente começou, capacitamos algumas pessoas que em seguida saíram, aí foi mudando, entrou muita gente nova, sem experiência, com dificuldades básicas, elementares que tem que ser treinadas. Também tem alguns protocolos que não são claros, como o de comunicação e a identificação do paciente que tu sabes que é importante, mas não tem uma orientação de como implantar estes protocolos. Gerenciar isso não foi fácil, às vezes você faz de uma maneira e vê que não funcionou aquilo ali e tem que voltar e refazer (G1; G4, G5).*

Os serviços de saúde enfrentam diariamente vários obstáculos que dificultam a implantação de ações e estratégias no âmbito da qualidade assistencial. No caso do hospital em estudo, a mudança do quadro de pessoal se mostrou nos discursos como um dos agravantes na evolução das implementações das medidas de segurança do paciente na unidade materno-infantil. O DSC dos gestores do NSP expos o quanto à segurança do paciente está condicionada ao alinhamento das mudanças culturais, estruturais e gerenciais da instituição.

Neste sentido, pesquisa realizada para relatar a experiência da implantação do NSP em um complexo hospitalar de Belo Horizonte revelou que o NSP fez a implantação de todos aos protocolos obrigatórios de segurança do paciente

propostos pelo MS. Porém, ao analisar os indicadores obrigatórios dos protocolos, os autores notaram que, com exceção dos indicadores vinculados à higiene das mãos e de erros de dispensação e prescrição de medicamentos, os outros protocolos não estão sendo monitorados (MAIA *et al.*, 2016).

Esta talvez seja uma das principais implicações. Neste estudo protocolos e normativas que visem melhorar o cuidado e a segurança do paciente nas unidades materno-infantis não são identificados ou plenamente compreendidos pelos profissionais de enfermagem. Desta forma sua implementação não ocorre de forma eficaz não sendo possível, portanto, haver monitoramento sistemático.

Segundo Salgado *et al.* (2017) ações relacionadas à segurança no cuidado materno e infantil, até recentemente, limitavam-se somente em auditar a mortalidade materna, o que ainda é um problema comum em muitos contextos.

Nos discursos dos membros do NSP, estes apontaram a falta de entendimento de como realizar a implantação e monitoramento dos protocolos para evitar situações suscetíveis a erros, há também falta de capacitação dos profissionais, tanto daqueles antigos como dos que estão sendo admitidos no hospital. Diante de tais discursos nota-se falta de preparo da gestão. Quando a gestão não tem claro o que é preciso fazer, ela não consegue deixar claro para os demais níveis da organização o que é preciso realizar.

Neste contexto, nota-se lacunas nos diversos níveis da instituição de saúde e ao haver o alinhamento destas dificuldades pode-se correr o risco de provocar danos a mulher e ao recém-nascido assistido neste serviço de saúde. Quando se toma ciência destas fragilidades, os atores envolvidos no processo de cuidado podem trabalhar as lacunas existentes, criando barreiras efetivas como capacitações, simulações realísticas, uso de produções científicas, incentivo a comunicação e o trabalho em equipe entre outras medidas.

Para a ANVISA o NSP deve difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde por meio de capacitações periódicas de seus profissionais utilizando-se de ferramentas que levem a identificação de situações de risco e como proceder para minimizar danos (ANVISA, 2014).

Outra dificuldade evidenciada nos discursos dos gestores do NSP é a visão fragmentada e sem continuidade das políticas e programas que acaba gerando falta de respaldo e motivação para o prosseguimento sistemático da implantação, monitoramento e avaliação das iniciativas propostas.

Ideia central – Visão fragmentada do processo de trabalho pelos membros do NSP

DSC - Não tem muito foco. Pensa-se por partes, é diferente o que se pensa para o intensivismo neonatal do que se pensa para a maternidade. Tu tentas elencar por áreas. Tem as políticas que são bem específicas, como essas que estamos tentando elencar na materno-infantil. Acho que precisamos ter mais respaldo, mais capacitações dos profissionais, tu precisas estar sempre motivado se não acaba esvaziando uma iniciativa no meio do caminho. A nossa infraestrutura ainda é muito precária, isso nos dificulta horrores para determinadas coisas. Pra mim está difícil trabalhar no núcleo de vigilância e no núcleo de segurança do paciente, porque não sei coletar coisas que não são reais. Coletar por coletar eu posso coletar informações sobre o parto seguro, fazer o checklist e te falar que está implantado, mas teria que avaliar, tem que ter medidas, então considero que não temos esse processo de trabalho instituído aqui e é um desafio enorme (G3,G4; G7).

A ANVISA (2014), enfatiza que o NSP precisa viabilizar acompanhar a implementação de medidas de segurança e monitorar os indicadores de segurança do paciente previstos nos protocolos nacionais, pois o uso de indicadores permite representar de forma quantitativa a evolução e o desempenho de um determinado processo, da qualidade dos produtos e serviços, da participação ou da motivação de colaboradores de uma instituição.

Na perspectiva da abordagem sistêmica o ideal é procurar continuamente identificar situações ou fatores susceptíveis a originar incidentes e implementar sistemas de mudanças que irão reduzir a sua ocorrência ou minimizar seu impacto sobre os pacientes. Este ponto de vista sustenta que os esforços para capturar erros antes que eles ocorram ou bloqueá-los de causar danos acabará por ser mais proveitoso do que aqueles que buscam criar, de alguma forma, provedores impecáveis (SOUSA, 2014).

As dificuldades apontadas no DSC anterior encontram similaridades com as dificuldades referidas no próximo DSC, pois a efetiva aplicabilidade de medidas que buscam promover o cuidado seguro está diretamente associada a formação dos profissionais envolvidos tanto na execução das ações quanto daqueles que planejam e monitoram as implementações e a estrutura do serviço no qual o cuidado é prestado.

Ideia central – Dificuldades associadas formação dos profissionais e a estrutura do serviço

DSC - O que dificulta é a cultura dos próprios profissionais, cada um veio de um lugar diferente. O nosso hospital é composto por gente de todo país, cada pessoa foi ensinada de um jeito, tem as culturas diferentes, tem um modo de trabalhar diferente, grande parte dos profissionais não foram formados dentro dessa cultura. A formação não abrange em sua totalidade a disseminação da prevenção de danos ao paciente, pois tu vês que existem profissionais mesmo de ensino superior, que saem formados sem muito conhecimento nessa área ou pelo menos negligenciam alguns cuidados importantes como o uso e a forma correta dos EPI's. Para o pessoal que entrou agora tudo é novo, a prescrição, onde fica a seringa... Existem também as dificuldades estruturais de todas as formas dentro do hospital, não tem pia em algumas unidades, dentro dos quartos... Enfim, existem estas dificuldades, mas sinceramente ainda acho que elas não são tão relevantes quanto às dificuldades intrínsecas de cada profissional, de formação profissional, de cultura que ainda precisamos evoluir. A dificuldade estrutural, tu precisas de dinheiro, mas as outras tu precisas de um trabalho bem mais árduo que não pode parar, tem que continuar buscando sempre até que todo mundo se alinhe. Então acho que infelizmente não temos essa cultura de segurança do paciente, a gente ainda é um povo muito permissivo com pequenos erros (G2; G4; G6; G7).

Observa-se que, quando os gestores afirmam que uma das principais dificuldades está relacionada à formação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho das diversas instancias, eles estão alinhando ao conceito de que o cuidado seguro provem do conhecimento adquirido pelo profissional (proficiência) durante a sua formação acadêmica e também da capacidade destes estarem sempre agregando comportamentos que resultem em melhores práticas de cuidado.

Contudo, na perspectiva teórica deste estudo a segurança do paciente vai além do foco no individuo. Desenvolver uma cultura de segurança proativa na unidade materno-infantil implica considerar o coletivo e os diversos meandros que envolvem o cuidado no contexto do parto e nascimento. Isto estando claro para os gestores quando se pensa em medida de segurança do paciente, as características individuais de formação dos profissionais de saúde não irão interferir, pois o individuo estará imerso em um contexto em que protocolos e mudanças serão apresentadas após as devidas capacitações e esclarecimentos.

Para Sorra e Nieva (2003), instituições de saúde com cultura de segurança positiva são aquelas que possuem a comunicação baseada na confiança mútua, em percepções compartilhadas da importância da segurança e na eficácia das medidas preventivas. Por outro lado, Singer (2013) sugere que uma das maneiras de promover a cultura de segurança é focar no problema. Atentar para a resolução de problemas ajuda a focalizar as ações e a gerar motivação, ao mesmo tempo em que produz resultados observáveis. Para Reason (2005), o foco na resolução de problemas também reforça a orientação para o aprendizado a partir das experiências o que é fundamental para a cultura de segurança.

Entretanto, como mudanças culturais exigem transformação profunda no pensamento e nos sentimentos das pessoas que integram uma organização, estas mudanças inevitavelmente são lentas e seguem ciclos de ação e interpretação (SINGER, VOGUS, 2013).

No contexto deste estudo os gestores do NSP assinalaram a falta de respaldo, de motivação, de estrutura do serviço e de formação dos profissionais como pontos frágeis para a promoção do cuidado seguro na unidade materno-infantil.

Em relação à estrutura ineficiente, o estudo de Siman e Brito (2016) também constatou a falta de estrutura adequada como ausência de materiais, equipamentos velhos e instalações antigas. Os autores expressaram a preocupação dos participantes do estudo em desenvolver melhores práticas, mas alguns fatores afetam diretamente o trabalho desenvolvido e identificaram, ainda, sobrecarga de trabalho devido o número reduzido de profissionais e alta rotatividade.

Por sua vez, estudo realizado com gestores de um serviço de saúde na Espanha evidenciou que os participantes relataram como barreiras para implementar a segurança do paciente a rotatividade excessiva dos gestores e envolvimento limitado e pouco convicto no estabelecimento de estratégias de longo prazo para a segurança do paciente, assim como para dar continuidade no médio prazo. Os gestores mantinham-se distantes da realidade da organização, considerando os problemas de segurança do paciente como repetitivos e não resolvidos devido à ineficiência do sistema (GIMÉNEZ-JÚLVEZ *et al.*, 2017).

Frente o exposto se questiona, como promover a cultura de segurança dentro de uma instituição de saúde, quando os próprios membros do núcleo gestor encontram dificuldades para definir estratégias de ação?

Para Singer (2013), os líderes devem avaliar primeiramente e cuidadosamente a cultura atual, especialmente os pressupostos tácitos que orientam o comportamento das pessoas. Só então poderão discutir o tipo de cultura que seria preferível para seus membros e como avançar nessa direção a partir do estado atual. É fundamental estabelecer conversas sobre a visão, a missão e os objetivos da organização de saúde para desenvolver o senso de que todos estão seguindo na mesma direção.

No que tange os aspectos relacionados à percepção dos profissionais de saúde que estão na linha de frente do cuidado, Silva-Batalha e Melleiro (2016) afirmam que quando a supervisão proporciona um processo de trabalho pautado na qualidade da assistência, os profissionais sentem-se motivados para atuar com as melhores práticas. Associado a isto, se faz necessário a supervisão ininterrupta das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores e capacitação contínua, sobretudo aos trabalhadores recém-admitidos.

Os gestores do NSP deste estudo constataram que predomina a percepção de que as falhas na segurança do paciente são de responsabilidade individual e, conseqüentemente, na unidade materno-infantil, do profissional que atua diretamente no processo de parturição. Esta postura pode impedir o estabelecimento das melhorias necessárias, pois assim não se assume a responsabilidade de proporcionar condições humanas, estruturais e psicológicas para que a equipe de saúde adquira subsídios para cuidar a mulher e o recém-nascido de forma humanizada e segura.

Esta percepção é confirmada por Galvão *et al.* (2018), ao constatarem que fragilidades relacionadas ao trabalho em equipe, culpabilidade diante do erro; dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem e dificuldades na passagem de plantão resultaram em uma cultura de segurança do paciente instável num hospital universitário.

Reason, (2000) entende que o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos sim, porém, dentro de uma visão sistêmica, o comprometimento da segurança do paciente tem caráter multifatorial e não depende apenas dos profissionais, mas também dos pacientes e, principalmente, dos serviços de saúde no que diz respeito à estrutura e aos processos gerenciais disponíveis.

Neste sentido, para compreender as fragilidades presentes no processo assistencial na unidade materno-infantil, Reason (2000; 2005), autor da teoria do erro humano, propõe visualizar o sistema de defesa da instituição de saúde como se fossem as fatias de um queijo suíço no qual possuem diversos buracos (lacunas). Ao ocorrer o alinhamento destas lacunas no sistema de defesa da instituição o incidente atinge a parturiente e/ou o recém-nascido e, a segurança assistencial é imediatamente afetada.

Nesta perspectiva, ainda que o profissional seja a última barreira no seguimento do cuidar em saúde, este atua após o alinhamento de todos os outros mecanismos de defesa do sistema. Assim, é inegável que os erros não excluem a responsabilidade do profissional de saúde, todavia, para evitar a exposição da paciente e sua família a situações de risco é imprescindível a criação de estratégias que antecipem, previnam e bloqueiem os erros antes de causarem danos (FERREIRA *et al.*, 2014).

Por outro lado, mesmo que os gestores do NSP, deste estudo, tenham apontado diversas fragilidades que comprometem a qualidade e segurança assistencial, observa-se no DSC a seguir que dispõem de boa expectativa em relação ao alinhamento das ações com o encerramento do ingresso de novos colaboradores na instituição.

Ideia central – Expectativa positiva em relação à nova composição do NSP

DSC - Agora acho que estamos em um momento mais tranquilo, praticamente estabilizados, já encerraram os ingressos. O último foi há uns seis meses, então acho que as equipes já estão inteiradas, já estão mais ajustadas. Destes profissionais novos que chegaram, tem muita gente disposta a aprender e a trabalhar, isso só tem a contribuir para o hospital e também para a área materno-infantil. Me parece, pelo menos a gente recebe aqui no Núcleo que não está pior do que era antes de ter acontecido essa mudança. Na verdade eu vejo que se iniciou o trabalho que antes não se tinha. Aumentou o número de colaboradores, isso te propicia a desenvolver um trabalho com mais qualidade e segurança (G1; G3; G7).

O DSC seguinte coaduna com o anterior, visto que além da esperança de melhoria, com os profissionais que foram admitidos recentemente, os gestores do NSP verbalizam boas perspectivas com o pessoal novo na unidade. Da mesma forma, referem que aumentou o número de profissionais, que os trabalhadores se

mostram receptivos e dispostos a agregar e, por sua vez, é de interesse da administração que seja trabalhado e desenvolvido novas propostas que tragam qualidade e segurança ao atendimento prestado na unidade materno-infantil.

Ideia central – expectativa positiva em relação a nova composição do NSP

DSC - *Esta pessoa que começou a coordenar a pouco o NSP está tentando identificar demandas, está tentando criar uma cultura de segurança para que então a gente possa começar a planejar melhor. Para o hospital isso vai ser de grande valia e acho que é de interesse da gestão, porque temos bastante apoio e respaldo. A maternidade tem um número de profissional muito bom, acho que a disponibilidade das pessoas em querer aprender e querer abraçar aquilo que é proposto pela liderança é justamente o que facilita. Ter profissionais que tenham vontade de trabalhar dessa maneira, que desejam o melhor para seus pacientes. Então em todos os lugares tu vais ver esse tipo de profissional, não são 100% mas são com certeza a grande maioria. Daí tu tens um ambiente que teoricamente é controlado e seguro (G2; G4; G5).*

Notou-se empenho no discurso dos gestores do NSP em desenvolver ações que de fato promovam a segurança das mulheres e dos recém-nascidos na unidade materno-infantil, ações estas que potencializem o processo de trabalho e que a qualidade do serviço evolua continuamente. No entanto, a tônica recai sobre o coordenador do NSP, como o indivíduo que irá empenhar esforço para criar uma cultura de segurança na unidade materno infantil.

Este fato denota a fragilidade da cultura de segurança do paciente na instituição, pois pela perspectiva do pensamento sistêmico é preciso haver uma consciência coletiva sobre as melhores condutas e quais os fatores que necessitam ser enfocados no plano de cuidado.

Especificamente em relação à assistência ao parto e nascimento no ambiente hospitalar, este se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e o recém-nascido, pois segundo o MS Atualmente existe:

“uma grande diversidade de práticas clínicas nos diferentes ambientes de atenção e, frequentemente, também ocorre uma grande variedade de condutas aplicáveis a situações semelhantes. Esta variedade de práticas pode colocar em risco a segurança das parturientes e seus filhos ou filhas e,

em muitos casos, não devem estar recebendo a assistência mais adequada às suas necessidades e de acordo com as melhores evidências oriundas de estudos científicos bem ilustrados. Em outros casos também, podem estar sendo submetidas a práticas diagnósticas ou terapêuticas com potencial de provocar danos” (BRASIL, 2017, p.6).

Estas características demandam conhecimento e envolvimento de gestores, profissionais de saúde e familiares a fim de promover, proteger e incentivar o parto como algo natural e fisiológico, porém com potencial para mudanças repentinas que poderão requerer tomada de decisões precisas e imediatas.

Desta forma, salienta-se que centralizar num único indivíduo ou em uma única categoria profissional a responsabilidade por desenvolver medidas que reduzam as situações de risco e promovam a cultura de segurança do paciente parece ser insuficiente.

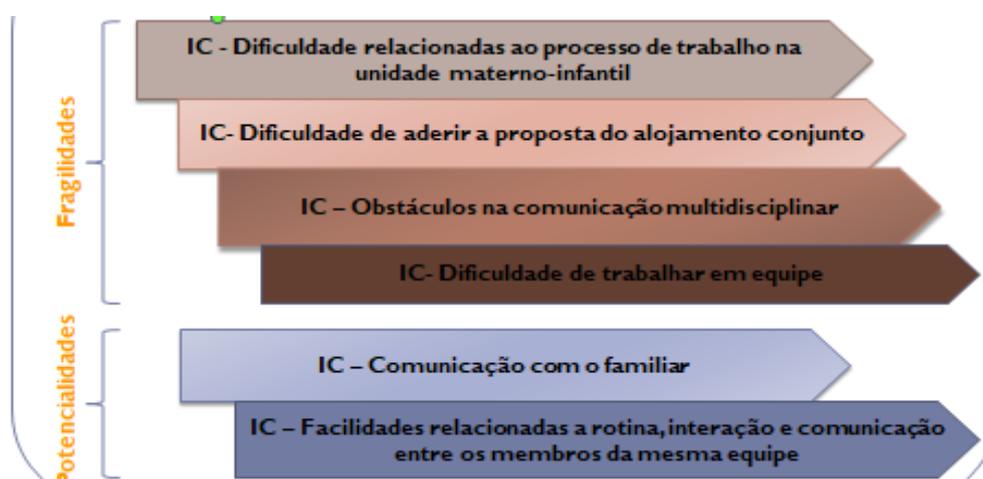
Por outro lado, Singer (2013) ressalta que é preciso tomar cuidado com a inercia. A tradição faz com que as pessoas voltem às velhas normas (como os dentes depois do aparelho ortodôntico). Portanto, para que as mudanças vindas com a transição da gestão e dos novos profissionais admitidos recentemente no hospital e na unidade materno-infantil sejam sustentáveis é necessário que os processos organizacionais decisivos apoiem e reforcem os comportamentos desejados.

Culturalmente, falhas no processo de cuidado ou a presença de fatores causadores de danos maternos e neonatais são abordadas de maneira punitiva, sendo o profissional que cuida o acusado e culpabilizado pelas incidentes (REASON, 2005). No entanto a literatura aponta que atitudes como esta não evitam a ocorrência de novos erros e danos ao paciente (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005; SAMMER *et al.*, 2010; WACHTER, 2013; GOMES, *et al.*, 2014; BRASIL; 2014).

O contra ponto da cultura punitiva do erro é uma cultura justa de segurança em que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer os erros e aprender com eles para poder melhorar o cuidado. Esta perspectiva, incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os incidentes ocorridos durante o processo de trabalho, e a se tornarem ainda mais responsáveis pela sua própria segurança, de seus pacientes, familiares e demais membros da equipe (WACHTER, 2013).

Neste sentido, compartilha-se com Sammer *et al.* (2010) quando referem que mesmo que os sistemas e processos habitualmente sejam encargos dos gestores, os profissionais da linha de frente do cuidado também podem desempenhar um papel crucial identificando inconsistências entre os sistemas e a cultura instituída. Além disso, qualquer profissional pode promover o pensamento sistêmico por meio da linguagem e de atitudes proativas.

7.3.2 Percepção dos profissionais de enfermagem



A assistência à saúde, em qualquer nível de atenção, sempre envolverá riscos que podem ser evitáveis a depender da infraestrutura e dos processos executados na assistência. Em cada unidade onde é realizado o cuidado à saúde é necessário ter políticas que promovam a segurança do paciente a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos. Rede Ebserh aponta aumento de 24% na implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Em relação à organização dos sistemas de saúde materno e neonatal, diversas barreiras dificultam o acesso das mulheres a uma assistência de qualidade: demora em reconhecer que há um problema e tomar a decisão de buscar assistência; demora em alcançar o local de assistência, geralmente devido a problemas de transporte e demora em receber tratamento adequado assim que chega ao estabelecimento de saúde. Quando a mulher consegue assistência, o nível da mesma nem sempre é o que ela necessita, principalmente devido a recursos inadequados, falta de capacitação dos profissionais responsáveis e falhas nos processos assistenciais (ANVISA, 2014).

Estudos científicos realizados em distantes realidades hospitalares têm revelado que os profissionais de saúde assinalam dificuldades para aderir novas medidas e protocolos que visam qualificar o processo de cuidado (MILAGRES, 2015; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2016, PORTELLA et al., 2018; COSTA et al., 2018).

Neste estudo, os profissionais de enfermagem que assistem a mulher e o recém-nascido na unidade materno-infantil apontaram que no seu processo de trabalho existem dificuldades relacionadas tanto a rotina diária quanto de interação com o familiar.

Ideia Central – dificuldade relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na unidade materno-infantil

DSC - *A gente vê em relação à identificação, administração de medicamentos errada. No RN nem tanto porque a berçarista fica só com o RN, mas com as gestantes e puérperas ocorre mais com medicação, a gente troca elas no sistema no movimento de leito, quando são gestantes ficam lá e puérperas pra cá, a gente modifica no sistema, mas as etiquetas estão erradas, com o leito errado ainda, o laboratório mesmo, às vezes se confunde. Outra coisa que me aflige são os RN's no leito, junto com a mãe. Eles têm bercinho, todos têm, mas eles acabam dormindo no leito. Tem todo o risco deles caírem ou o risco de asfixia, durante a amamentação e tudo mais. As puérperas acabam dormindo com eles na mama, estão muito cansadas e o risco de afogamento aumenta. Por outro lado, a gente atende o bebê no quarto e isso pra mim não facilita em nada. Por que tudo é mecânico, tu tens que usar o estetoscópio, pois não tens oxímetro para verificar os sinais vitais mais precisos e tirar dúvidas. Se tiver dúvida vou ter que chamar uma colega para me ajudar: “vem cá, escuta, será que tá certo?”. Então quando trazíamos os bebês aqui pro fundo, tu colocavas no monitor, não é porque “ah, ela não quer contar”... no quarto tem barulho, mas se eu estou falando com a mãe do bebê já tem outra perguntando alguma coisa, aí tu tens que pedir “só um pouquinho, já falo contigo”. Não tem como dizer que eu não cuido das mães, elas não sabem. Se tu entras ali no quarto, está de jaleco, crachá e uniforme, tu tens que saber. Elas pedem “Ah, eu quero que tire o soro, já posso tirar o acesso?” Aí tem que ficar falando “só um pouquinho, vou chamar alguém”. Eu não sei, eu cuido dos bebês e tem coisas que tu não dominas (TE2; TE7; E10; TE13).*

O DSC seguinte complementa o discurso anterior dos profissionais de enfermagem em relação às dificuldades para interagir com o familiar. Eles relevam que as mães ou familiares demonstram não compreenderem adequadamente as informações disponibilizadas e procuram o recurso da tecnologia para se certificar de alguns conhecimentos científicos.

Por outro lado, nota-se que as entrevistadas não demonstram muita disposição e paciência para esclarecer dúvidas no momento em que a mulher ou algum familiar solicita.

Ideia Central - Dificuldade de aderir a proposta do alojamento conjunto

DSC- *Ah, às vezes os pais mesmo não entendem, não compreendem muito nossas orientações. Eu não sou contra o alojamento, é bom para o bebê, mas eu acho que em certos casos a gente deveria trazer ele aqui para o fundo, para conseguir dar melhor atendimento, tirar uma dúvida, avaliar direito. Não é só tu, a mãe e o bebê, são todos estes mais o acompanhante que quer saber outras informações como quando vai embora e tal, aí tu tá contando (sinais vitais) e tem que parar pra responder, explica, faz assim e tal e eles fazem ao contrário. Ficam muito resistentes às coisas e a gente não consegue dar seguimento ao procedimento. As pacientes de hoje são muito informadas, te perguntam uma coisa aqui e tu viras as costas e eles começam a te encarar de novo porque eles já procuraram no Google. Aí elas te perguntam um pouco mais disso, porque estão muito inseguras e muito desconfiadas (TE3; TE5).*

De acordo MS são consideradas boas práticas de cuidado a mulher e o recém-nascido as que privilegiavam as formas de cuidar seguras, integrais e qualificadas, centradas e direcionadas ao bebe, às suas necessidades e as das mães. Ainda, estas práticas carecem ser fundamentadas em conhecimentos científicos, com vistas à adaptação do recém-nascido ao mundo, à prevenção e promoção de sua saúde e do seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social, assim como o reestabelecimento da saúde da parturiente (BRASIL, 2014b).

O atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto deve ser feito na presença da mãe. No primeiro contato, caso o profissional ainda não conheça a família, deve apresentar-se à mãe e aos familiares tendo o cuidado de tratá-los pelo nome. Esta é uma excelente oportunidade para conversar com os familiares e estimulá-los a apoiar a mãe/nutriz. É importante também que o profissional de saúde investigue o contexto familiar e dê apoio à dupla mãe-bebê (BRASIL, 2014b).

Assim, o alojamento conjunto além de possibilitar o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e recém-nascido, da mãe cuidar diretamente de seu filho (cuidado materno) atentando para as necessidades reveladas por ele, também, permite que a mulher seja cuidada por profissionais de enfermagem que precisam aproveitar o momento para incentivar o aleitamento materno e prestar orientações de cuidados para mãe e para filho, prevenindo infecções (PILOTTO, VARGENS, PROGIANTI, 2009).

Mesmo cientes da importância e valorização do contato e da formação do vínculo entre o recém-nascido e a mãe e/ou familiares, o DSC das participantes deste estudo, revela que muitas vezes é priorizado mais o lado técnico, do procedimento, das facilidades para o profissional realizar suas tarefas do que a própria interação do recém-nascido e ou dos profissionais com a parturiente e seus familiares.

Este modo de agir reflete a cultura paternalística¹⁹ que historicamente permeia as práticas dos profissionais de saúde. No entanto, ao fazer o contraponto entre a autonomia das pacientes e os benefícios das ações dos profissionais de saúde, Campos e Oliveira (2017) proferem que o mais aconselhável é que ambos cultivem o diálogo constante e franco, substituindo a relação paternalista por uma relação de confiança.

Considerando o alojamento conjunto como um espaço facilitador do cuidado materno, Faria, Magalhaes e Zerbetto (2010) salientam que o profissional de enfermagem deve atentar para que esse cuidado seja feito com relações menos desiguais e menos autoritárias. Necessário, também, permitir à puérpera resgatar sua autonomia, desenvolver um cuidado de modo mais tranquilo e absorver informações novas para melhor gerenciar esse momento da sua vida.

Para Campos e Oliveira (2017), o profissional de enfermagem precisa ter consciência de que quanto mais esclarecimentos e orientações forem prestadas as parturientes e familiares, as escolhas destes serão realmente racionais, livres e conscientes. Daí resultará em atitudes compartilhadas, nas quais profissionais e pacientes assumam as implicações das condutas adotadas.

¹⁹ O paternalismo pode ser entendido como a conduta do profissional de saúde que desconsidera intencionalmente a autonomia e/ou o consentimento do paciente, justificando tal ação pela intenção de proporcionar um benefício, ou ainda, evitar um dano ou risco à saúde do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Neste estudo, identificou-se a necessidade de intensificar entre os profissionais de enfermagem, a perspectiva da importância do alojamento conjunto para a segurança do binômio mãe-bebê, pois no discurso os trabalhadores expressaram, sobretudo, o transtorno que esta modalidade de cuidado gera na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem. Conforme seus relatos, além das dificuldades de realizar os cuidados técnicos com o recém-nascido no alojamento conjunto, as habilidades de comunicação com a mulher e acompanhante também se revelaram frágeis.

Contudo, estas parecem não serem queixas incomuns. Pois, conforme estudo que buscou conhecer as divergências relacionadas aos cuidados prestados ao recém-nascido no Centro Obstétrico de um hospital público, na ótica de enfermeiras, observou que apesar de haver consenso de que o cuidado deva ser e estar, primordialmente, centrado no recém-nascido, nas suas necessidades de saúde e de afetividade, no seu bem-estar e no de seus pais, na prática, não raramente, alguns profissionais priorizam a doença, o procedimento e a intervenção, desvalorizando o ser humano e a atenção a sua saúde (MULLER; ZAMPIERI, 2014).

Outra investigação que objetivou compreender a influência da participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva de enfermeiros observou que estes reconhecem que inserir os familiares como parceiros críticos e ativos das práticas dos profissionais de saúde é uma estratégia importante e promissora para a promoção de saúde e segurança do paciente neonatal, pois além de beneficiar a interação da mãe com o bebê, o alojamento conjunto favorece melhor prognóstico do paciente, reduzindo o estresse e atenuando os incidentes na assistência, assim como os familiares auxiliam na detecção de erros e prevenção da ocorrência de eventos adversos. Todavia os enfermeiros revelaram despreparo e pouca compreensão ao lidar com o familiar no cotidiano de trabalho (SOUSA *et al.*, 2017).

A comunicação é um dos elementos fundamentais para a melhoria da segurança das parturientes e dos recém-nascidos. A complexidade dos padrões de comunicação e as múltiplas influências nos modelos e normas institucionais acarretam tensões interprofissionais, pressões da carga de trabalho e entraves com implicações para a segurança do paciente (BERRIDGE, MACKINTOSH; FREETH, 2010).

Existem muitos fatores que interferem no processo assistencial e na qualidade e segurança do paciente nas unidades materno-infantis, mas a inclusão da paciente no processo decisório sobre seu cuidado, o cuidado com o recém-nascido, e o esclarecimento sobre as intervenções necessárias a terapêutica é uma vertente que vem cada vez mais ganhando espaço na literatura científica e também é uma das recomendações dos órgãos reguladores dos serviços de saúde (WHO, 2009; BRASIL 2013; ANVISA, 2016). De acordo com Campos e Oliveira (2017), a relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde é sempre uma relação contratual, o que acarreta direito e obrigações para ambas às partes.

No Brasil, o projeto: Pacientes pela Segurança dos Pacientes vem sendo desenvolvido pela ANVISA em consonância com a iniciativa da OMS, visando o engajamento de pacientes, familiares, associações, consumidores e cidadãos em iniciativas que promovem a segurança do paciente nos serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Na lógica dos pressupostos teóricos da abordagem sistêmica, o cuidado inadequado, em ambientes complexos como na unidade materno-infantil, possui, muitas vezes, nexos causais que são predominantemente multifatoriais. Desta forma, é oportuno considerar todos os fatores que levam os profissionais que assistem as parturientes e os recém-nascidos a reproduzirem determinados comportamentos.

Para Muller e Zampieri (2014), o engajamento dos pacientes em seu cuidado precisa ser aprimorado e a dificuldade para por em prática esta inovação tem como fatores aspectos relacionados à gestão, a falta de recursos humanos, de estrutura física e, sobretudo, de educação permanente em saúde, além da própria postura dos profissionais.

Armitage (2009) acrescenta que as fragilidades do desempenho individual dos profissionais de saúde são influenciadas pela tendência à utilização de normas preestabelecidas e por déficits de atenção que podem estar relacionados as condições locais de trabalho e a problemas no sistema ou problemas latentes. O autor reforça que a atribuição de culpa ao individuo muitas vezes é inapropriada e que é preciso construir barreiras e promover a sabedoria na gestão de riscos, assim como a resiliência organizacional.

Muller e Zampieri (2014) sugerem que a capacitação, a conscientização e a melhoria da comunicação, bem como a organização coletiva de uma proposta para

conduzir o cuidado com base nas boas práticas e com vistas à atenção humanizada como alternativa para reduzir o uso de práticas consideradas inadequadas que podem gerar danos biológicos, físicos ou sociais ao binômio mãe-filho.

Por outro lado, notou-se nesta pesquisa, que mesmo que alguns profissionais de enfermagem tenham relatado dificuldades para interagir com a mulher e/ou familiares das puérperas ao atender o recém-nascido no alojamento conjunto, outros discursos revelaram que a boa comunicação com a mulher ou seu acompanhante pode ajudar no processo de trabalho e na manutenção e monitoramento das medidas que visam garantir a segurança do paciente, como a adesão da pulseira de identificação, o monitoramento do risco de queda e o controle de infusão de medicamentos endovenosos.

Ideia central - A comunicação com o familiar promove a segurança do paciente na unidade materno-infantil

DSC - *A comunicação com o paciente diminuiu o número de acidentes. Quando se coloca a pulseira amarela no paciente, a gente tem um termo que é lido para o familiar para eles terem noção do que se trata. Orientar para quando o familiar levar a paciente no banheiro, ao levantar da cama, se o suporte do soro está ali, se acabou tem que chamar. Se o bebê está sem pulseira, eles têm que avisar, porque às vezes no banho pode perder, ou na troca de roupa, pois o bebê perde peso, então a pulseira fica caindo e eles podem nos avisar. A educação tem que ser para todos e não só para a equipe de saúde, inclusive para o paciente saber e cobrar da gente quando perceber algo errado (TE14; TE 17).*

Além de conhecimentos básicos e habilidades técnicas, o profissional de saúde precisa também ter competência para se comunicar com eficiência. Comunicação inclui dialogar e ajudar, de forma empática, a tomar decisões, após ouvir, entender e discutir com a mulher e ou familiar os prós e contras das opções.

No alojamento conjunto e nas demais dependências da unidade materno-infantil, a comunicação efetiva é fundamental para o alcance de medidas pautadas na segurança do paciente, pois faz parte da rotina dos profissionais de saúde ouvir e orientar à mãe e aos familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado livre de danos ao recém-nascido assim como ao autocuidado (BRASIL, 2014).

O Gerente Médico da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Israelita Albert Einstein refere que falhas de comunicação entre profissionais de saúde ou entre estes profissionais e os pacientes é um dos principais fatores diretos

ou contribuintes para ocorrência de erros nos cuidados à saúde e nos eventos adversos. Segundo ele a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde (NETO, 2017).

Para Sousa (2014), a comunicação e o trabalho da equipe interdisciplinar de saúde constituem fator determinante para a qualidade e a segurança na prestação de cuidados ao paciente.

Já Nogueira e Rodrigues (2015) salientam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros assistenciais, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade assistencial.

Neste estudo os profissionais de enfermagem manifestaram que a comunicação ineficaz entre os componentes da equipe de saúde resultou em situações de risco para as mulheres e recém-nascidos durante a internação. Identificaram problemas relacionados à administração de medicamentos e o uso de adornos durante o processo de cuidado.

Ideia central - Obstáculos à comunicação da equipe multidisciplinar

DSC - *É difícil a comunicação com os médicos. Porque assim: se está prescrito errado tudo bem. Nós tivemos dois casos de erro com antibióticos essa semana, um foi uma Penicilina que foi administrada errada e o outro foi uma Gentamicina. Uma dose que era pra ser feito de 24 em 24 horas estava sendo feita de seis em seis horas. Então a gente fica meio assim, porque o erro acaba sendo de quem administra e quem prescreve termina não assumindo o erro. Aí fica aquela incerteza, duvidando mesmo da prescrição médica. A gente pergunta uma, duas, três vezes para a pessoa ver se é aquilo mesmo, ver se não tem erro de nada. Agora estamos na função do adorno zero. A gente vê que para todos os profissionais do hospital isso funciona, mas para equipe médica não. Então essa questão profissional mesmo, de postura profissional, da comunicação em equipe, da chefia falar para eles fazerem, de eles aderirem esse programa, afinal é uma equipe. Não adianta uns usarem e outros não usarem (TE 5; E9; TE14).*

Além das medidas de segurança expressa neste DSC, o cuidado seguro na unidade materno-infantil inclui a 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 (BRASIL, 2005).

Dentre as práticas benéficas e que devem ser encorajadas nas unidades materno-infantis encontram-se a oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto, os métodos não invasivos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimentação da mulher no trabalho de parto. Quanto às intervenções desnecessárias e sem critérios, que resultam em taxas de mortalidade materna e infantil elevadas cita-se: a amniotomia precoce e de rotina, o clampeamento precoce do cordão umbilical, o uso rotineiro de ocitocina; os exames vaginais frequentes, o uso rotineiro de episiotomia. No entanto, no que tange a segurança da mulher e do recém-nascido existem práticas que são consideradas ineficazes ou prejudiciais na condução do parto e que precisam ser desencorajadas como a utilização do enema, a tricotomia, a cateterização profilática, a manobra de Valsalva e a manobra de distensão perineal (OMS, 1996).

No presente estudo os participantes apontaram o erro na prescrição/administração de medicamentos como um dos maiores problemas no hospital. A prescrição, o preparo e a administração de medicações de forma correta é uma das medidas preconizadas nas normativas da OMS e da ANVISA para promover a segurança do paciente (WHO, 2009; BRASIL, 2013). No entanto, na unidade materno-infantil em análise, este risco ainda permeia o processo de cuidado.

Os erros de prescrições médicas podem trazer prejuízos diversos para a mulher e o recém-nascido, desde o aumento do tempo de permanência na instituição, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e trazer, até consequências trágicas, como a morte (PESSOA; CABRAL; BARROSO, 2011).

Neste sentido, recente publicação revelou que uma em cada quatro prescrições de antibióticos feitos, nos Estados Unidos, não obedecem com rigor aos critérios para indicação. O mesmo estudo apontou, ainda, cerca de 40% dos pacientes receberam pelo menos uma prescrição de antibiótico nos últimos 12 meses, das quais 23,2% eram inapropriadas e 35,5% possivelmente inapropriadas. Outros 28,5% das prescrições não estavam associadas a nenhum diagnóstico (CHUA; FISCHER; LINDER, 2019).

No Brasil, estudo que objetivou identificar a frequência de erros de prescrição de medicamentos analisou 1.386 prescrições e encontrou a prevalência de erros de prescrição em 13,27%, sendo que 45,11% dos erros foram de concentração dos medicamentos (PESSOA; CABRAL; BARROSO, 2011).

Acredita-se que o processo de utilização dos medicamentos é caracterizado pela elevada ocorrência de erros devido à presença de várias etapas e complexidade de cada uma delas. Tal processo envolve a prescrição, dispensação e administração. No âmbito hospitalar, os erros são comuns em todas as etapas. Gomes, Galato e Silva (2017) estimam que um paciente internado esteja sujeito a pelo menos um erro de medicação por dia, podendo ameaçar a sua segurança e os resultados terapêuticos.

Na ótica da abordagem sistêmica, um erro deve ser analisado cuidadosamente para identificar os fatores envolvidos. No caso deste estudo a medicação estava sendo administrada de uma forma errada porque, segundo as participantes, a prescrição não havia sido clara. No entanto, a prescrição passou pelo médico solicitante, pelos profissionais da farmácia que não perceberam que se tratava de uma superdose e pela enfermagem que administrou o medicamento. Esta cascata de falhas poderia ter resultado em um evento adverso para a mulher.

Considerando a teoria do erro humano, o profissional de saúde não está livre de errar e desta forma é preciso criar mecanismos de defesa para melhorar o sistema. A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Neste sentido, o MS recomenda incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve a medicalização (BRASIL, 2013).

A tecnologia da informação é um recurso que contribui para o tratamento e pode ser um diferencial na cura de determinados agravos, pois o processo de medicalização é considerado um dos mais críticos nas organizações de saúde (TORELLY, 2012). Serviços de saúde materno e neonatal que possuem um processo completamente informatizado desde a prescrição, dispensação, aprazamento com horários predefinidos e com leitor eletrônico que assegurem que a mulher e o recém-nascido são os pacientes certos e que estão recebendo a medicação certa, são organizações que estão caminhando para o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente.

Considerando a importância da temática, o PNSP estabeleceu seis protocolos básicos de segurança do paciente que as instituições de saúde são aconselhadas a implementar nos seus processos de cuidado. Um deles é denominado Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de medicamentos com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em todos os estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2016).

A literatura expõe que embora os erros mais comuns aconteçam nas etapas de prescrição e administração, os casos mais sérios são referentes aos erros de prescrição e para excluí-los, a prescrição médica deve conter elementos mínimos necessários para uma adequada assistência ao paciente, assegurando uma eficiente transmissão das orientações à equipe de saúde (GOMES; GALATO; SILVA, 2017).

Porém a noção de que o profissional de saúde não erra está disseminada na sociedade e, particularmente, entre os profissionais de saúde, pois, desde a graduação, tem-se a percepção que os bons profissionais não erram, ou que basta ter atenção que não há erro, mas poucos se dão conta de que errar é humano e que há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos (REASON, 2000; MILAGRES, 2015).

Dentre os profissionais da saúde, a enfermagem é a categoria mais suscetível a cometer eventos adversos, pois realiza diversas intervenções invasivas, talvez por permanecerem tempo prolongado junto ao paciente. Associado a esses fatores, há ainda falhas individuais, ambientais, estruturais e processos mal sucedidos que, em conjunto, contribuem para a diminuição da segurança do paciente (NUNES, *et al.*, 2014).

No contexto materno e neonatal, Azevedo *et al.* (2016) referem que o empenho dos profissionais de enfermagem contribui para a construção de uma assistência ao parto e ao nascimento seguras, uma vez que esses profissionais são responsáveis pela eficiente assistência à mulher, ao recém-nascido e à família. Ressaltam também, que a horizontalidade do assistir/cuidar da equipe de enfermagem estabelece uma relação mais próxima com as mães e com os recém-nascidos.

Para Pilotto, Vargens e Progianti (2009), o problema é que o cuidado de enfermagem desenvolvido em algumas unidades maternas ainda se baseia em um modelo que não valoriza o contexto sócio-cultural das puérperas, mas

principalmente a dimensão biológica. Neste contexto, a história pessoal das mulheres, bem como suas ansiedades e necessidades de se sentirem seguras, não são consideradas relevantes pelos profissionais de enfermagem que as assistem.

Ao buscar identificar as dificuldades encontradas pela enfermagem para a implementação do alojamento conjunto em uma maternidade do interior de São Paulo, Faria, Magalhaes e Zerbetto (2010), apontaram que as maiores dificuldades envolveram a execução das atribuições dos profissionais de enfermagem devido às instalações físicas inadequadas, redução de recursos humanos e materiais e ao processo educacional e técnico durante a orientação às mães.

Na unidade materno-infantil da presente pesquisa, o discurso dos profissionais de enfermagem refletiu que o cuidado ao recém-nascido fica prejudicado no alojamento conjunto devido ao barulho, a movimentação dentro da unidade e as intervenções de familiares.

Outro fator apontado, pelos profissionais de enfermagem que participam deste estudo, que pode resultar em infecções relacionadas ao cuidado e não ao processo de parturição em si é o uso de adornos pelos profissionais médicos durante o desempenho de suas atividades.

Segundo a Norma Regulamentadora (NR) nº 32, do Ministério do Trabalho, é vedado o uso de adornos nas atividades de assistência aos pacientes. São exemplos de adornos: alianças e anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, broches e piercings expostos (BRASIL, 2005b).

O hospital deste estudo lançou importante medida de combate às infecções hospitalares, a campanha Adorno Zero via o memorando 02/2018 do Setor de Qualidade Hospitalar que reforça a proibição do uso de adornos no hospital para todos os profissionais, independente da função.

Neste contexto, os profissionais de enfermagem que prestam assistência na unidade materno-infantil mencionaram que a gestão tem orientado quanto este aspecto. Ressaltam que na maioria das vezes os profissionais de enfermagem aderem a esta recomendação, porém observam que membros da categoria médica e integrantes da equipe multidisciplinar deixam a desejar quanto ao cumprimento da normatização.

Com base na NR 32 a proibição do uso de adornos deve ser observada por todos os trabalhadores do serviço de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde exposto ao agente biológico,

independente da sua função. O servidor deve respeitar os protocolos e normativas do serviço de saúde. Segundo os códigos de ética dos profissionais de enfermagem, quando estes colocam em risco a saúde dos pacientes, podem ser responsabilizados por imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2017).

Conforme a chefia do CCIH do hospital em estudo, o uso de adornos por profissionais de saúde aumenta a infecção cruzada entre os pacientes, visto que a contaminação pode durar de horas até meses, como nos casos da *Klebsiella spp* e da *Clostridium difficile*, respectivamente e que os profissionais de saúde são agentes importantes, tanto de transmissão como de prevenção, dentro da cadeia das infecções relacionadas à assistência à saúde (HE/UFPEL, 2018).

Sabe-se que as decorrências advindas das infecções hospitalares recaem sobre os profissionais e as instituições que oferecem serviços de saúde podendo trazer repercussões penais, civis e éticas, pois surgem como resultados de atos falhos cometidos pelos profissionais que acabam gerando consequências danosas aos pacientes.

Nesta perspectiva, o estudo de Félix (2014) ao objetivar conhecer o comportamento da equipe de enfermagem quanto à relação entre o uso adorno, a vestimenta adequada e o trabalho de enfermagem, apontou que a maioria dos profissionais sabem que o uso de vestimentas inadequadas e adornos oferecem riscos para o trabalho de enfermagem, entretanto, não conseguem especificá-los claramente.

Estes dados sugerem a necessidade de enfatizar nos serviços de saúde circunstâncias de capacitação para os profissionais a fim de promover a perspectiva de segurança do paciente como uma cultura que precisa ser institucionalizada entre todos os trabalhadores do hospital.

O trabalho em equipe entre os prestadores de serviços de saúde é considerado um componente importante para desenvolvimento da cultura de segurança e um ingrediente essencial para reduzir os erros (SINGER; VOGUS, 2013).

Para Sousa (2014), esta cultura de segurança tem um componente de percepção e outro componente associado a comportamentos de segurança. Estes componentes devem estar interiorizadas nos indivíduos, residir nas equipes de saúde e ser parte integrante das organizações. Em organizações complexas há divisões de ambientes com cultura setoriais, mas para haver cultura de segurança

os valores deverão ser comuns e baseados numa atitude permanente de notificação sem culpa, de focagem no sistema, de aprendizagem, de redesenho, de geração de conhecimento aplicável, de proatividade em relação aos eventos possíveis e nas situações de vulnerabilidade e, ainda, de resiliência.

Neste sentido, Singer (2013) expressa que é importante estabelecer uma forte cultura de segurança e de aprendizado mediante o envolvimento profundo com a cultura singular das subunidades. Porém, observa que os líderes devem avaliar cuidadosamente a cultura vigente, especialmente os pressupostos implícitos que orientam o comportamento das pessoas, uma vez que a liderança é uma ação e não uma atribuição profissional.

Nesta pesquisa os profissionais de enfermagem destacaram a dificuldade que percebem para trabalhar em equipe e tomar decisões em conjunto em prol da segurança da parturiente e do recém-nascido. No DSC a seguir outro aspecto mostra-se frágil, ou seja, o discurso dos profissionais de enfermagem transparecem que os interesses do profissional de saúde se sobrepõem ao conforto e a qualidade do cuidado que é desenvolvido no decorrer da assistência ao parto e nascimento.

Ideia central – Dificuldade de trabalhar em equipe

DSC - *Primeira dificuldade que a gente tem é o desconhecimento. Aí depois que tu conheces, tu quer propor e não dá, pois na enfermagem não temos voz. Tem médicos bons aqui, obstetras que conversam com a gente numa boa, que respeitam a enfermagem, quando a enfermeira diz “vamos fazer assim”, eles concordam, mas tem outros que são irredutíveis. Por exemplo, quando a gente coloca a paciente na bola, agarrada na cama, eu sempre coloco um pano no chão, porque os pezinhos delas suam e eu tenho medo que escorreguem e caia. Aí tem médicos que chegam e falam “ah, mas que saco esse pano no chão, é para eu tropeçar?” aí eu penso “não, não quero que a gestante caia”. Às vezes a vontade do médico não é o mais interessante para aquela mãe. Aqui (pré-parto) nessas camas mesmo a gente tem partos com mães muito obesas. Aí tinha uma médica que queria colocar a mãe obesa na mesa de parto e só não fez o parto lá (sala de parto) porque a gente não tirou a mãe daqui, a gente viu que ela estava irredutível e disse “olha doutora a gestante não levanta da cama, a mesa de parto não aguenta ela, é muito estreita e a paciente vai cair”... Aqui é mais seguro, a gente baixa as laterais e fica uma cama segura para a paciente. A doutora não gostou. É ruim realmente, porque tem que*

trazer todo o equipamento para cá, mas a gente priorizou a segurança da paciente e não a vontade dela (TE4; E 11; TE12).

O trabalho em equipe na área da saúde é um processo contínuo de interação, pois os membros trabalham juntos para prestar cuidados satisfatórios aos pacientes. No entanto, a interação depende da disposição dos profissionais de saúde que compõem a equipe, de cooperar, coordenar e comunicar, mantendo o foco no objetivo em comum (OLUBORODE, 2013).

Para Tobias *et al.* (2016), a integração da equipe interdisciplinar tem sido bastante discutida em estudos que focam a segurança do paciente, pois a sua falta, juntamente com a falta de comunicação entre as unidades fragiliza o trabalho em equipe nas unidades hospitalares.

Em publicação da Sociedade para a Qualidade do Cuidado a Saúde da Noruega sobre segurança e prevenção de erros, constata que a ruptura na comunicação ou a falta de trabalho em equipe é um dos fatores que mais contribuem para eventos adversos nos cuidados de saúde (OLUBORODE, 2012). O dano ao paciente, o aumento do tempo de permanência hospitalar e o uso ineficaz dos recursos são alguns dos resultados dessas rupturas de comunicação.

Duarte; Boeck (2015) referem que dentre as fragilidades que levam a comunicação ineficiente, estão a desinformação, o desestímulo, o desperdício, a desconfiança, o desencontro, a desorientação e a desestabilidade. Outras falhas que interferem no desempenho do trabalho em equipe, causando insatisfação para todos envolvidos do processo de trabalho, seja o paciente, os profissionais da área de saúde e a própria instituição é a forma de passagem das informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar e as longas jornadas de trabalhos.

No discurso dos profissionais de enfermagem deste estudo, percebe-se a cultura de segurança fragilizada, pois a cultura do poder ainda se mantém preponderante no processo de cuidado às mulheres e recém-nascidos na Unidade Materno-Infantil. Neste cenário a vontade do profissional médico se sobressai em detrimento da autonomia de outros profissionais de saúde e os direitos da mulher de escolher a melhor forma de vivenciar seu processo de parto e nascimento.

Contudo estudos ressaltam que o trabalho em equipe deve ser baseado em um modelo interdisciplinar e em uma abordagem sistêmica, destinada a diversos

alvos: a pessoa, a equipe, a tarefa, o local de trabalho e o sistema de saúde como um todo (INFANTE, 2006; PIMENTEL, 2017).

Neste contexto, não se pode negar a importância das diferentes perspectivas das múltiplas profissões que trabalham nas equipes de saúde. A melhoria da qualidade e a segurança do cuidado acontecem quando os profissionais trabalham em equipe, favorecendo o aumento da autoconfiança e o aprendizado conjunto, minimizando e enfrentando conflitos pela organização de todos em torno de um único objetivo (AGLEDAHL; FØRDE; WIFSTAD, 2010).

Não obstante, além de reconhecer a importância de cada categoria profissional, para que haja bom trabalho em equipe, os profissionais de saúde precisam compreender não somente sua função, mas também a de seus colegas, pois a falta de compreensão dos médicos sobre a prática da enfermagem, por exemplo, pode comprometer a eficácia do cuidado no decorrer do processo de parto e nascimento (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Entender a prática de outras profissões e dominar os conhecimentos básicos e habilidades necessárias para a eficácia do trabalho em equipe dá embasamento para o respeito mútuo com a equipe de saúde. Por outro lado, na atuação em grupo cria-se uma expectativa a ser alcançada por todos, o que pode gerar conflitos, porém, contornáveis, se houver respeito, verdade, beneficência e justiça (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Todavia, quando há disputa de poder e tensão corporativa comprometem a desejável complementariedade entre as categorias profissionais. Da mesma maneira que, ao permanecer desconfianças mútuas e descontentamentos entre médicos e profissionais de enfermagem, atrapalha ações oportunas e seguras de cuidado às parturientes (PORTELA *et al.*, 2018)

Neste estudo, percebeu-se que no ambiente de cuidado à mulher e ao recém-nascido existem muitas divergências que precisam ser vencidas para melhorar a eficácia do atendimento quando se trata da interação com a equipe de saúde e com as mulheres e familiares.

No entanto, no DSC a seguir os participantes verbalizaram que quando se trata da interação entre os membros da equipe de enfermagem, percebem que quando cientes das medidas que estão sendo instituídas na unidade materno-infantil, seus membros se reúnem, dialogam e tentam aderir, contando com a colaboração de todos. A comunicação eficaz dentro da equipe de enfermagem foi

um dos fatores citados pelas participantes que potencializa o desenvolvimento da cultura de segurança na unidade materno-infantil.

Ideia central - Facilidades relacionadas à rotina, interação e comunicação entre a equipe de enfermagem.

DSC - *Os colegas são bons de trabalhar, pegam junto. Todos esses programas que a gente tem, facilitaram muito. Para mim, já ser capacitada antes de entrar no serviço, saber quais os programas que seguem, tanto da segurança do paciente quanto do trabalhador, tem facilitado no cuidado. Uma equipe dentro dos padrões, atendendo um número de pacientes adequado a complexidade que a gente tem, facilita. As capacitações buscando a segurança do paciente ajudaram muito. Até na questão dos hemoderivados, tem uma equipe que vem e faz, não dependem da gente. Às vezes isso ficava complicado pela demanda de serviço, daí eles vêm e instalam as bolsas e tudo mais. Então acho que uma equipe ampla e qualificada, é o que mais funciona para a segurança do paciente. Além disso, quando eu tenho uma rotina e uma conduta pré-estabelecida, quando os protocolos são seguidos, quando há o compartilhamento do cuidado e a tomada de decisão coletiva no que tange a assistência prestada à mãe e seu filho existe um cuidado mais seguro. A questão da comunicação dentro da equipe é primordial, quando identificamos erros a gente consegue conversar. Existe uma comunicação boa entre todos da equipe multiprofissional. Por mais que às vezes a chefia fique de mãos atadas, mas a gente consegue conversar identificar os problemas e consegue implantar algumas coisas de melhorias também (E6; TE7; E9; E10).*

Neste DSC, observa-se que o hospital e, sobretudo a unidade materno-infantil estão caminhando em busca de estabelecer uma consciência coletiva relacionada à segurança da mulher e do recém-nascido, expressada por meio do compromisso com o cuidado seguro entre todos os profissionais de enfermagem envolvidos com o processo de trabalho.

Dentre os fatores que potencializam a segurança do paciente, as participantes apontaram o número suficiente de trabalhadores, compartilhamento do cuidado e tomada de decisão coletiva, capacitação da equipe e adequação de protocolos de cuidado.

Sousa (2014) menciona que a consciência coletiva de segurança do paciente possibilita que todos que trabalham numa organização de saúde, tanto individualmente como em equipe, tenham plena ciência de que, mesmo pequenas

falhas nos protocolos e processos, podem levar a resultados adversos catastróficos. Sendo assim, é oportuno incorporar à rotina dos trabalhadores a noção que a menor indicação de alteração no ambiente ou no processo de trabalho merece serem observadas e resolvidas antes de causar maiores problemas.

Segundo Wachter (2013), o pensamento sistêmico propiciou muitas melhorias na segurança do cuidado, como a prescrição eletrônica, o uso de códigos de barra, a padronização e simplificação de processos e melhorias da apresentação de equipamentos e materiais utilizados no cuidado.

Como forma de monitorar a ocorrência de incidentes no processo de trabalho e promover melhorias para a segurança do paciente nos hospitais, os sistemas mais utilizados atualmente são a notificação voluntária (tipo de vigilância passiva), a monitorização intensiva (vigilância ativa) e a vigilância baseada em sistemas de informação hospitalar (ferramenta que pode ser considerada tanto para a vigilância passiva como para a ativa). Entretanto, em todo o mundo, a notificação voluntária é a mais indicada, devido ao seu menor custo e por ser mais simples e eficaz (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013; EBSEH, 2016).

A notificação pode contribuir para o aprendizado com as fragilidades e promover mudanças sistêmicas na prevenção de incidentes semelhantes. Neste contexto, os profissionais de saúde constituem as melhores fontes de informação para entender os riscos relacionados à assistência à saúde e aos erros que de fato ocorrem (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2017).

No Brasil, a notificação de incidentes é incentivada pelo PNSP, o qual ressalta que os profissionais, num contexto da cultura de segurança do paciente são encorajados a identificar e notificar problemas relacionados à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Nos hospitais filiados à Ebserh, foi viabilizado um software conhecido como VIGIHOSP que consiste numa ferramenta de gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente, que centraliza as notificações sobre incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos nas dependências internas ou externas dos hospitais universitários, permitindo identificar, avaliar, analisar, tratar e monitorar os riscos, os incidentes em saúde, as queixas técnicas e as doenças e agravos de notificação compulsória.

No hospital em estudo, os participantes não mencionaram a prática da notificação de erros e nem a presença desta ferramenta (VIGIHOSP) em seus

depoimentos. Pressupõe-se que existe uma característica protetiva entre os profissionais da assistência que faz com que resistam em falar sobre isso, como forma de proteção, por medo de punições e sanções.

Estudos revelam que a subnotificação é considerada importante limitação nos serviços de saúde, apresentando como principais barreiras: o tempo exigido para notificar, medo das consequências de sua notificação; falta de feedback, incerteza sobre o que notificar, notificação focada em eventos mais graves e, porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013; ALVES, CARVALHO, ALBUQUERQUE, 2017).

Frente aos dados desta pesquisa e de evidências científicas, confirma-se que a cultura punitiva ainda permeia o processo de notificação de incidentes nos hospitais e, neste caso nas unidades materno-infantis. No entanto, se a cultura nestas unidades estiver embasada na culpabilização pela ocorrência do evento adverso, isso poderá resultar no desconhecimento de importantes informações sobre a circunstância do erro, não permitindo, portanto, a construção de uma cultura que priorize a segurança materna e neonatal.

Wachter (2013) defende que o alicerce fundamental da segurança do paciente é a confiança que os profissionais devem ter em comunicar e se preocupar com os erros, aspirando melhorias. Já na visão sistêmica de James Reason (2000), deve-se focar menos em tentar aperfeiçoar o comportamento humano e investir mais esforços em tornar a organização de saúde mais segura para que se reduza as oportunidades de erro e de incidentes, e quando estes acontecem, que se aprenda com os mesmos.

Neste contexto, tanto os gestores do NSP como os profissionais de enfermagem têm participação ativa e fundamental na promoção de um ambiente de cuidado seguro e humanizado às mulheres e recém-nascidos. Apesar de fazerem parte de um sistema maior que gerenciam o processo de trabalho nas unidades materno-infantis, a participação dos profissionais de enfermagem, que atuam continuamente na linha de frente do cuidado às mulheres, recém-nascidos e familiares, podendo cooperar e antecipar a ocorrência de incidentes antes que atinjam o paciente.

8 Considerações Finais

A partir do objetivo desta tese de conhecer as perspectivas dos gestores do NSP e profissionais de enfermagem em relação aos múltiplos fatores que envolvem a efetiva implementação das medidas de promoção da cultura de segurança, foi possível constatar a percepção dos participantes sobre os principais fatores envolvidos no processo de cuidado seguro a mulher e o recém-nascido, identificar as medidas que promovem a segurança do paciente instituídas na unidade materno-infantil e apreender as fragilidades e as potencialidades que permeiam as práticas de cuidado na assistência materna e neonatal.

Como a cultura de segurança visa tornar o sistema mais seguro, a compreensão de todos os fatores que envolvem a cultura de segurança do cuidado a mulher e seus familiares é um elemento que deve ser construído no cotidiano tanto dos gestores do NSP como dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil.

Assim, ao finalizar a análise dos discursos dos participantes desta tese os seguintes pressupostos teóricos se confirmaram:

a) *Para os gestores do NSP e os profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil, as ações implementadas em torno do cuidado seguro as mulheres e recém-nascidos são insuficientes para o estabelecimento de uma cultura de segurança, pois apesar dos gestores reconhecerem a importância da instituição de medidas seguras, o discurso coletivo ilustrou que a readequação do quadro de pessoal constitui-se no principal entrave. Destacaram que as diferenças culturais, visão fragmentada do cuidado e deficiência de capacitação são barreiras que impedem a organização e, neste caso, a unidade materno-infantil manter uma posição de constante vigilância para potenciais riscos e de agir em tempo hábil para solucioná-los antes que um incidente, que poderia ser evitado, aconteça, prevenindo assim, possíveis danos às mulheres e a seus familiares.*

b) Os Gestores do NSP tem ciência que as ações propostas para promover o cuidado seguro na unidade materno-infantil são incipientes, visto que alguns protocolos referentes às metas de segurança do paciente estão sendo instituídos na unidade materno-infantil, porém expuseram que não há compreensão suficiente de como compor um plano de cuidado que de fato seja efetivo, no qual além de propor normas e protocolos a serem seguidos, que estes possam ser monitorados, seus indicadores avaliados e que haja melhorias por meio do aprendizado organizacional a partir dos erros e eventos adversos identificados.

c) Os profissionais de enfermagem que atuam na unidade materno-infantil não estão cientes que o cuidado seguro depende da vigilância constante dos múltiplos fatores que envolvem a segurança do paciente. Este pressuposto se comprovou frente ao discurso voltado, sobretudo aos obstáculos de comunicação e de déficit de engajamento com as mulheres ou familiares e entre a equipe multidisciplinar, no momento de prestar os cuidados com o recém-nascido.

d) Por fim, o pressuposto que infere que a cultura de segurança do paciente ainda não está estabelecida entre os gestores do NSP e profissionais de enfermagem da unidade materno-infantil. Existem iniciativas e esperanças, diante do ingresso de novos colaboradores, contudo lacunas relacionada a readequação das equipes, resistência a mudanças, falta de conhecimento e segurança quanto as condutas terapêuticas, e a subnotificação foram assinaladas pelos participantes. Suas melhorias dependem tanto do comprometimento da gestão quanto dos profissionais de enfermagem.

Sabe-se que na unidade materno-infantil deste estudo, circulam profissionais de saúde das mais diversas categorias. Além da multidisciplinariedade que caracteriza a atenção materna e neonatal, trata-se de uma unidade que está inserida numa organização de saúde pública e de ensino, na qual recebe residentes, graduandos e estudantes de pós-graduação das áreas da saúde como estagiários.

Desta forma, intensifica-se a necessidade de inserir temas relacionados a segurança do paciente desde a formação dos profissionais de saúde, e trabalhar as questões que envolvem a concepção do erro como algo coletivo para avançar no desenvolvimento da cultura de segurança. O fator humano/indivíduo é significativo na segurança do paciente, mas a redução de práticas que podem trazer danos momentâneos ou permanentes as mulheres, recém-nascidos e seus acompanhantes são compromissos transversais das equipes de saúde, gestores,

administradores responsáveis pela estrutura organizacional, perpassando todo o processo de trabalho desenvolvido na unidade materno infantil. Assim como, as situações de riscos podem estar associados a estrutura e a equipamentos disponíveis na unidade.

Nesta perspectiva, sugere-se a necessidade de uma compreensão mais crítica dos fatores que permeiam as etapas de planejamentos e de execução das práticas que buscam garantir um cuidado adequado na unidade materno-infantil, livre de riscos e com maior efetividade, visto que trata-se de um serviço que é referência para as gestações de alto risco e de intercorrências no percurso de parto e nascimento.

Recomenda-se focar a educação continuada e permanente acerca da segurança do paciente e integrar as ações de ensino, pesquisa e assistência com ênfase em estratégias como treinamentos em loco e simulações realísticas, contemplando tanto os profissionais da instituição quanto aqueles que transitam temporariamente na unidade em busca de adquirir conhecimentos e qualificação profissional para que construam um pensamento coletivo sobre as causas e consequências de possíveis erros e incidentes que ocorrem no processo de parto e nascimento.

A análise dos dados deste estudo confirmam a tese defendida de que **a efetiva implementação de medidas que promovem a cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil se estabelece a partir do conhecimento e percepção que os gestores do NSP e profissionais de enfermagem possuem a respeito dos múltiplos fatores que interferem no cuidado seguro.**

Assim, perante análise dos discursos dos participantes, concluiu-se que não existe uma visão sistêmica dos colaboradores envolvidos no cuidado a mulher e o recém-nascido quanto à concepção dos fatores que permeiam a segurança do paciente e a adesão de comportamentos que de fato evidenciem uma cultura de segurança do paciente positiva. O hospital aumentou o número de profissionais de saúde e tem investido em equipamentos e estrutura, porém entende-se que a segurança do paciente perpassa pelo comprometimento dos sujeitos envolvidos desde o planejamento até a fase operacional das práticas de cuidado.

Acredita-se necessário engajamento coletivo de gestores, profissionais / docentes e pacientes com o intuito de implementar, monitorar e avaliar constantemente as circunstâncias de cuidado para fortalecer pontos positivos e

identificar e mitigar situações de risco e vulnerabilidade que podem servir de exemplo e aprendizagem na prevenção de agravos à saúde das mulheres e de seus filhos internados na unidade materno-infantil.

Ao analisar os discursos dos gestores do NSP e dos profissionais de enfermagem com base na teoria do queijo suíço possibilitou ampliar o entendimento de que providencias que promovem a cultura de segurança da mulher e seus familiares precisam ser otimizadas com o intuito de atualizar os colaboradores e demais profissionais que circulam no serviço sobre as boas práticas de segurança materna e neonatal na unidade materno-infantil, assim como no hospital como um todo. O pensamento sistêmico pressupõe atentar para todos os meandros que envolvem uma organização de saúde e suas possíveis lacunas.

No que tange as contribuições para a área da saúde e da enfermagem, deseja-se que este estudo proporcione reflexão crítica, de todos os envolvidos direta e indiretamente com o cuidado no processo de parto e nascimento, acerca das práticas eficazes, visto que a promoção da cultura de segurança do paciente oferece maior segurança nas ações de cuidado e impacta positivamente nas questões orçamentarias da instituição com a redução dos custos dos agravos relacionados ao processo assistencial.

A fim de incentivar o discernimento acerca dos resultados deste estudo e colaborar com o aprimoramento da cultura de segurança na unidade materno-infantil, o mesmo será disponibilizado ao setor de ensino do hospital e também apresentado em uma roda de conversa com gestores e colaboradores do hospital.

Sugere-se que esta temática seja incluída desde a academia para a disseminação da cultura de segurança do paciente como assunto transversal possibilitando assim desmitificar a cultura do erro e da punição e tornar os acadêmicos disseminadores desta proposta juntamente com a equipe de saúde e a gestão da instituição. Da mesma forma que novos estudos com o emprego de outras metodologias e outros enfoques sejam realizados a fim de averiguar como se encontra a cultura de segurança do paciente no cenário das unidades materno-infantis e quais as estratégias necessárias para reforçar as ações voltadas para a promoção da cultura de segurança do paciente.

REFERENCIAS²⁰

ADATIA, S; LAW, S; HAGGERTY J. Room for improvement: noise on a maternity ward. **BMC Health Serv Res.** 2014; 14: 604.

AGLEDAHL, K. M; FØRDE, R; WIFSTAD, A. Clinical essentialising: a qualitative study of doctors medical and moral practice. *Medicine, Healthcare & Philosophy*, Nova York, v. 13, p,

ALVES, M.F.T; CARVALHO, D.S; ALBUQUERQUE, G S C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. **Cien Saude Colet** [periódico na internet]. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/motivos-para-a-nao-notificacao-de-incidentes-de-seguranca-do-paciente-por-profissionais-de-saude-revisao-integrativa/16476?id=16476>.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** 1ª edição, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília;** 2014.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014.

ARAUJO, N.M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.

ARMITAGE, G. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 2, p. 193-202, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x/full>

²⁰ Este estudo obedece às normas do. **Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos.** Pelotas, 2013. Revisão técnica de Aline Herbstrith Batista, Carmen Lúcia Lobo Giusti e Elionara Giovana Rech. Disponível em: <http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7>.

AZEVEDO, K.C.C; ALVES, A.M.P.M; FÉLIX, Z.C *et al.* Implementation of the patient safety core in a health servisse Implantación de base de seguridad del paciente en un servicio de salud. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(12):4692-5, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/IVANETE/Downloads/11540-26796-1-PB.pdf>.

BASKARAN, V; DAVIS, K; BALI, R.K; NAGUIB, R.N.G; WICKRAMASINGHE, N. Managing information and knowledge within maternity services: Privacy and consent issues. **Inform Health Soc Care**; Medline 38(3): 196-210, 2013.

BATALHA, E.M.S.S; MELLEIRO, M.M. 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.

BATISTA, A.C.O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. Florianópolis, SC; 2015; 132p. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/157311/336386.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERGAMIM, M.D; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v. 66, n.1 p.134-7, jan /fev, 2013.

BERRIDGE, E; MACKINTOSH, N.J; FREETH, D.S.M. Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. **Midwifery**; Medline; 26(5): 512-9, 2010.

BOWERS, J. CHEYNE, H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. **BMC Health Serv Res**; Medline 16: 16, 2016.

BRANGER, A.B; LE, C.F.B; GILLARD, C.P; MEROT, D.E; WINER, N. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité - Sécurité Naissance - des Pays-de-la-Loire. **Journal of Obstetrics Gynecologia e Reprodutiva Biologia**. Volume 43, No. 5, 2014; 361-370 p.

BRASIL, M.S. **Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>.

BRASIL, M.S. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

Brasil, M.S. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL, M.S. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Lei do acompanhante. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

BRASIL, M.S. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília; 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/Ivanete/Downloads/portaria%20n%201067%202005%20-%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20ateno%20obsttrica%20e%20neonatal%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Ivanete/Downloads/portaria%20n%201067%202005%20-%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20ateno%20obsttrica%20e%20neonatal%20(3).pdf)

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL, M. S. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento – PHPN**. Brasília: SPS/MS, 2006.

BRASIL, M.S. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011 Disponível em: http://bvsms.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL, M.S. **Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação** – Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2012a.

BRASIL, C.N.S. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://www.uel.br/comites/cepesh/pages/arquivos/Resolucao%20CNS%20466-2012.pdf>.

BRASIL. M.S. **Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25 set 2013.

BRASIL, M.S. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL, M.S. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BRASIL, M.S. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html.

BRASIL, M.S. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, 2014. 40 p.

BRASIL. M.S. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA; 2015.

BRASIL, M.S. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_C P.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Brasília: ANVISA, 2016. 68p.

BRASIL. M.S. **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, 2017, 51 p. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2017.

BRENNAN, T.A; LEAPE, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study I. **New Engl J. Med**, 1991, 324:370-376.

BOWSER, D; HILL, K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. **USAID / TRAction Project**; 2010; 57p. Disponível em: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf.

BOWERS, J; CHEYNE, H. Reducing the Length of Postnatal Hospital Stay: Implications for Cost and Quality of Care. **BMC Health Serv Res** [Internet] 2016; 16(16). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714454/>.

BUENO, A.A.B; FASSARELLA, C.S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v.6, n. 1, p.1 – 9, 2012.

CAMPOS, A; OLIVEIRA, D.R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte; n. 115, pp. 13-45; 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/IVANETE/Downloads/514-1634-1-PB.pdf>

CASTANHO, A. Cultura de segurança do paciente: Como a Rede D'Or vem trabalhando para manter e melhorar ainda mais a segurança do paciente. **Rev Melhores Práticas**. 2015; 61-64. Disponível em: http://revistamelhorespraticas.com.br/novo2015/admin/uploads/indice_e0cc06187db6bb8a3e9fac471cd45170.pdf

CAPELLA, D.M; CHO, M; LIMA, R.S. A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe - Capítulo 1. In: **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª edição, 2013.

CAPUCHO, H.C; ARNAS, E.R; CASSIANI, S.H.B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gauch. Enferm.** 2013; 34(1):164–172.

CAVALCANTE, A.C; CARDOSO, R.R; TOLSTENKO N.L; et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 31, n. 4, dic. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>.

CARVALHO, V.F; KERBER, N.P.C; BUSANELLO, J; GONÇALVES, B.G; RODRIGUES, E.F; AZAMBUJA, E.P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**, 2012; 46(1):30-7.

CHUA, K.P; FISCHER, M.A; LINDER, J.A. Appropriateness of outpatient antibiotic prescribing among privately insured US patients: ICD-10-CM based cross sectional study. **BMJ**, 364, k 5092; 2019.

CLARK, P.G; COTT, C; DRINKA, T.J.K. Theory and practice in interprofessional ethics: A framework for understanding ethical issues in health care teams. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 21, n. 6, p ,2007.

CLEMENS, N.A. Privacy, consent, and the electronic mental health record: The Person vs. the System. **J Psychiatr Pract**. 2012 Jan; 18 (1): 46-50.

CHIN, G.S.M; WARREN, N; KORNMAN, L; CAMERON, P. Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. **BMC Pregnancy Childbirth**; Medline 11: 58, 2011.

CHURCHMAN, C.W. **Introdução à teoria dos sistemas**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0477/2015**. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e

puérperas. 2015. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html.

COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução 564/2017**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html .

COREN-SP - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – **10 Passos para a Segurança do Paciente**. Rede Brasileira De Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/publicacao/publicacaorede>.

COSTA, C.S.C; VILA, V.S.C; RODRIGUES, F.M; MARTINS, C.A; PINHO, L.M.O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>.

COSTA, D.B; RAMOS, D; GABRIEL, C.S; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2018; 27(3): e2670016.

DEMARCHI, T.M. Management processes as a tool for quality in a public hospital-maternity in the city of São Paulo. **Rev. adm. saúde**; 14(54): 37-43, 2012.

DORNFELD, D; PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. eletrônica enferm**; 13(2) abr.-jun. 2011.

DORNFELD, D; PEDRO, E.N.R. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. **Invest Educ Enferm LILACS**; 33(1): 44-52, Jan.-Apr. 2015.

DUARTE, C. L. M. BOECK, N. J. Trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, 2015.

EBSERH, M.E. **Diretriz Ebserh para ações em segurança do paciente e vigilância em saúde: manual básico**. Série “Diretrizes Ebserh sobre Segurança do Paciente”. Volume 2; Brasília – DF, 2016.

ENNEN, C.S; SATIN, A.J. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences. Official reprint from UpToDate. 2013. Disponível em: www.uptodate.com.

ESCOBAL, A.P.L; SOARES, M.C; MEINCKE, S.M.K; et al. Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **J. res.: fundam. care**. Online; 2016. jul./set. 8(3): 4711-4716. Disponível em: [file:///C:/Users/Ivanete/Downloads/4478-28998-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ivanete/Downloads/4478-28998-1-PB%20(1).pdf).

FARIA, A.C; MAGALHÃES, L; ZERBETTO, S.R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):669-77. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a11.htm> .

FARIAS, E.S; SANTOS, J.O; GÓIS, R.M.O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde**, Unit. Aracaju, v. 4; n. 3, p. 139-154, 2018.

FÉLIX, A.F. **comportamento da equipe de enfermagem acerca do uso de adornos e vestimentas adequadas em ambiente hospitalar**. Universidade Federal Fluminense. Monografia em Enfermagem. Niterói /Rj. 2014. 45p.

FÉLIX, R.S. **Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional**. Dissertação (Mestre em Saúde Materno Infantil) Centro Universitário Franciscano – Santa Maria, 2017. 178 f.

FERNANDES, L.G.G; TOURINHO, F.S.V; SOUZA, N.L; MENEZES, R.M.P. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE Recife**. 2014;8(supl. 1):2507-12. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>.

FERREIRA, P.C. et al. Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care. **J. res.: fundam. care**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 725-734, abr./jun. 2014.

FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica. Elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006. 288 p.

FRAGATA J. **Segurança do doente** – uma abordagem prática. Lisboa: Lidel; 2011.

FRAGATA, J; SOUSA, P; SANTOS, R.S. **Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis**. In: Sousa, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 208 p.

FRACOLLI, L.A; ZOBOLI, E.L.P; GRANJA, G.F; ERMEL. R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(5):1135-41.

FREITAS, M.R; MONTE, L.C; ANTUNES, A.G; LOPES, B.N.A; FERNANDES, F.C; GAMA, A.S. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, n.1, pp.137-148. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000100137&script=sci_abstract&tlng=pt.

GALVÃO, T.F; LOPES, M.C.C; OLIVA, C.C.C; ARAÚJO, M.E.A; SILVA, M.T. Patient safety culture in a university hospital. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. 2018; 26:e3014.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, 1987. Febr; 10(1):1-11.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GEORGIU, A; LYMER, S; FORSTER, M; STRACHAN, M; GRAHAM, S; HIRST, G; CALLEN, J; WESTBROOK, J.I. Lessons learned from the introduction of an electronic safety net to enhance test result management in an Australian mothers' hospital. **J Am Med Inform Assoc**; 21(6): 1104-8, 2014.

GIMÉNEZ-JÚLVEZ, T; HERNÁNDEZ-GARÍA, I; AIBAR-REMÓN, C; GUTIÉRREZ-CÍA, I; FEBREL-BORDEJÉ, M. Patient safety culture in directors and managers of a health service. **Rev. Gaceta Sanitaria**.V 31, Issue 5, September–October 2017, Pages 423-426. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300687?via%3Dihub>.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico**, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

GOMES, A.R.M; PONTES, D.S; PEREIRA, C.C.A; BRASIL, A.O.M; MORAES, L.C.A. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. São Paulo: **Revista Recien**. 2014; 4(11):23-27.

GOMES, M.P. **Antropologia: ciência do homem**. Filosofia da cultura, São Paulo: Contexto, 2008.

GOMES, A.T.L; SILVEIRA, A.Y.M; SILVA, M.F. et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente **Cogitare Enferm**. 2016 Jul/set; 21(3): 01-11.

GOMES, A.D; GALATO, D; SILVA, E. Erros de Prescrição de Medicamentos Potencialmente Perigosos em um Hospital Terciário. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** 8(3): 42-47, 2017.

HARADA, M.J.C.S; PEDREIRA, M.LG. O erro humano e sua prevenção in: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª edição, 2013. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/>.

HEUFPEL – HE. **Hospital Escola institui a campanha Adorno Zero, para combater infecções**. Publicado em 05/03/2018 em:
<https://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2018/03/05/hospital-escola-institui-a-campanha-adorno-zero-para-combater-infeccoes/>.

HOCH, A.P; VILAMIL, L.J; MARTINS, S.D.S. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro Obstétrico**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 77f, 2010.

IBSP. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. **Qualidade do atendimento obstétrico é essencial para o desfecho bem-sucedido do parto.** Março de 2017. Disponível em: <http://www.segurancaadopaciente.com.br/qualidade-assist/qualidade-do-atendimento-obstetrico-e-essencial-para-o-desfecho-bem-sucedido-do-parto/>.

IBERO - Ministerio de Sanidad y Política Social. **ESTUDIO IBEAS: Prevalência de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.** [Internet]. Espanha; 2010. 182pg. Disponível em: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.

INFANTE, C. Preenchendo a lacuna do "sistema" entre o cuidado interprofissional e a segurança do paciente: percepções sociológicas. **J Interprof Care.** 20 (5): 517-25; 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17000477>.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building A Safer Health System.** National Academy Press; Washington, D.C. 1999, 8 p. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.

JACOBSON, C.H; ZLATNIK, M.G; KENNEDY, H.P; LYNDON, A. Nurses' perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs;** MEDLINE 42(5): 577-87, 2013.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington (US): National Academy Press; 2000.

KURCGANT, P; MASSAROLO, M.C.K.B. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: KURCGANT P. **Gerenciamento em Enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010. 23-33 p.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica - 8ª Ed.** 2017.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.192-207, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso.

LEAPE, L.L; **Error in Medicine.** JAMA, 1994, 272:1851-1857.

LEAPE, LL. Errors in medicine. **Clin Chim Acta.** 2009; (404):2-5.

LEAL, M.C. Et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEFRÈVE, F; LEFRÈVE A.M.C. **O Discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2º Ed, Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014; 23(2): 502-7.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde**. 2. ed. – Londrina: SMS. 2016. 434p.

LUCE, J.M; BINDMAN, A.B; LEE, P.R. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. **West J Med**. 1994; 263-268.

MACEDO, T.R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, out. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000500756&lng=pt&nrm=iso.

MADZIMBAMUTO, F.D; RAY, S.C; MOGOBE, K.D; RAMOGOLA-MASIRE, D.; PHILLIPS, R; HAVERKAMP, M; MOKOTEDI, M; MOTANA, M. A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2014 Jul 16;14:231.

MAGLUTA, C. et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater Infant*, Recife, v. 9, n. 3, p. 319-329, 2009.

MAIA, C.R.A; TEIXEIRA, J.S; NANGINA, G.O; DITZ, A.S; PEREIRA, M.S. Núcleo de segurança do paciente: ações e estratégias utilizadas para a implantação em um complexo hospitalar do estado de minas gerais. **R. Enferm. UFJF** - Juiz de Fora - v. 2 - n. 2 - p. 53-59, 2016.

MARCHON, S.G; MENDES JUNIOR, W.V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.31 n.7. 2015.

MARQUES, J. M. **Cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 117 f.

MARTINELLI, K.G; NETO, E.T.S; GAMA, S.G.N; OLIVEIRA, A.E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(2):56-64.

MARTIJN, L; JACOBS, A; AMELINK-VERBURG, M; WENTZEL, R; BUITENDIJK, S; WENSING, M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2013 29;13:219.

MELO, C.R. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil**. 2015. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. Dissertação: Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora/MG; 2015, 100p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7 (2017). Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (SPA). **La seguridad Del paciente em siete pasos**: Agencia Nacional para La Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS), Reino Unido. (Traducción de Miguel Recio Segoviano); Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; noviembre de 2005. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf.

MOURA, G.M.S.S; MAGALHÃES, AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª edição, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>.

MORAES, R. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

MORRISON, B; LUDINGTON-HOE, S. Interruptions to breastfeeding Dyads in an DRP Unit. **MCN Am J Matern Criança Nurs**. 2012; 37 (1): 36-41.

MÜLLER, E.B; ZAMPIERI, M.F.M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc Anna Nery** 2014;18(2):247-256.

NETO, Q.N. **A Responsabilidade dos Gestores com a Segurança do Paciente**. Setor saúde: Qualidade e Segurança Assistencial. 9 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/antonioquinto/2012/12/09/ola-mundo/>.

NETO, Q.N. **Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde**. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. 2017. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/>.

NOGUEIRA, J.W.S; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. 2015; 20(3): 636-640.

NUNES, F.D.O; BARROS, L.A.A; AZEVEDO, R.M; PAIVA, S.S. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Rev pesquis cuid fundam (Online)**. 2014; 6(2)841-47.

OMS. **Maternidade Segura**. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. 1996.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça; 2014. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

OPAS. **Plan de Acción Regional de la Mortalidad materna em las Americas**. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: 1990.

OLIVEIRA, R.M; LEITÃO, I.M.T.A; SILVA, L.M.S; Et. al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**;18(1), 2014.

OLUBORODE O. **Effective communication and teamwork in promoting patient safety**. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012.

PAESE, F; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013; 22(2): 302-10.

PADILHA, K.G. Ocorrências iatrogênicas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Revista Paulista de Enfermagem**. 2006; 25:18-23.

PALINSKI, J.R; et al. Percepção da mulher sobre o processo de nascimento acompanhado. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 274-88, 2012. Disponível em:
<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603>>.

PEDREIRA, M. L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.spe, pp. 880-881.

PESSOA, T.L; CABRAL, C.K; BARROSO, E.M.A. Study of prescription errors in a pediatric hospital.TCC; /Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2011.

PILOTTO, D.T.S; VARGENS, O.M.C; PROGIANTI, J.M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009; 62(4): 604-7.

PIMENTEL, D. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Brasília: CFM, 2017. 388 p.

PORTELA, M.C; REIS, L.G.C; MARTINS, M. et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(5): e00072818.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos ponderações sobre políticas públicas. **Interface comun saúde educ.** 2009; 13(1):759-68.

RBESP- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013.

REASON, J. Managing the risks of organizational accidents. **Burlington**: Ashgate; 1997.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit Med J.** 2000; (320):768-770.

REASON, J. Combating omission errors through task analysis and good reminders. **Qual. Saf. Health Care**, n. 11, p. 40-44, 2002.

REASON, J.T. Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. **Qual Health Care** [Internet] 2005;14:56–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>.

REASON, J.T. Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. **Farnham**: Ashgate, 2008.

RENNÓ, C.O.C; RAMIREZ, S; FIAD, A. Análise da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na rede hospitalar do município do Rio de Janeiro. **Academus Revista Científica da Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 07-15, 2018. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/415>>.

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2029-2036. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700018&lng=en&nrm=iso.

REIS, L.G.C; PEPE, V.L.E; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: O longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3: p. 1139-1159, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000300020&lng=en&nrm=iso.

REIS, G.A.X; HAYAKAWA, L.Y. MURASSAKI, A.C.Y; MATSUDA, L.M; GABRIEL C.S; OLIVEIRA. M.L.F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(2):e00340016.

ROBERTS, J; COALE, J; REDMAN, R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. *JAMA*. 1987; 258(7):936-40.

ROQUE, K. E; TONINI, T; MELO, E.C.P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 10, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016001005001&script=sci_arttext&tlng=pt.

RUNCIMAN, W; HIBBERT, P; THOMSON, R; SCHAAF, T.V; SHERMAN H; LEWALLEP. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.

RANCE, S; MCCOURT, C; RAYMENT, J; MACKINTOSH, N; CARTER, W; WATSON, K; SANDALL, J. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ Qual Saf**; MEDLINE 22(4): 348-55, 2013.

SALGADO, H.O; SOUZA, J.P; SANDALL, J; DINIZ, C.S.G. Patient Safety in Maternity Care in Brazil: The Maternity Safety Thermometer as a Tool to Improve the Quality of Care. **Rev Bras Ginecol Obstet** Vol. 39 n. 5; 2017.

SAMMER, C.E; LYKENS, K; SINGH, K.P; MAINS, D; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**. 2010; 42(2):156-165.

SANNER, M; HALFORD, C; VENGBERG, S; RÖING, M. The dilemma of patient safety work: Perceptions of hospital middle managers. **J Healthc Risk Manag**. 2018 Out; 38 (2): 47-55.

SANTANA, D; GUIDA, J.P; PACAGNELLA, R; CECATTI, J.G. **Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito**. *Revista De Medicina*, 97(2), 187-194; 2018.

SAUVET, F; LEFTHERIOTIS, G; GOMEZ-MERINO, D; LANGRUME, C; DROGOU C; VAN BEERS, P; BOURRILHON, C; FLORENCE, G; CHENNAOUI, M. Effect of acute sleep deprivation on vascular function in healthy subjects. **J Appl Physiol**. 2010; 108 (1): 68-75.

SCARROW, P.K. Patient Safety in Obstetrics and Beyond. **J. Healthcare Qual**. v.31, n.5, p.3, September/October 2009.

SCHRODER, K; LA COUR, K; JØRGENSEN, J.S; LAMONT, R.F; HVIDT, N.C. Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. **Soc Sci Med**; 2017; 176: 14-20.

SILVA, A.C.A.B. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia; Salvador, 2016. 111 f.

SILVA, V.A; OLIVEIRA, M.B; SALES, J.Q; TEIXEIRA, G.G.F; SILVA, G.C. Implantação do protocolo de identificação do paciente no setor de Urgência /

Emergência do hospital Arnaldo Gavazza Filho no município de Ponte Nova/ MG. I REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. I **Congresso Internacional da REBRAENSP**; Anais - p. 51, 2016.

SILVA-BATALHA, S.E.M; MELLEIRO M.M. 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.

SILVA, A.C.B; ROSA, D.O.S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 5, ago. 2016.

SIMAN, A.G; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016; 37(esp):e68271.

SINGER, S.J. O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente. **Perspectiva**; Setembro de 2013. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/O%20que%20aprendemos%20sobre%20a%20for%C3%A7a%20das%20liderancas%20e%20da%20cultura%20na%20promoc%C3%A7%C3%A3o%20de%20mudancas.pdf>.

SINGER, S.J; VOGUS, T.J. Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. **Ann Rev Public Health.** 2013; 34: 373-396.

SOUZA, A.I.J; MELLO, D.F; GOMES F.A. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 133 p; 2013.

SOUSA, P. (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, **EAD/ENSP**, 2014. 208 p.

SOUSA, A.M.M; SOUZA, K.V; REZENDE, E.M; MARTINS, E.F; CAMPOS, D; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery** 2016; 20(2): 324-331.

SOUSA, F.C. P et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300314&lng=en&nrm=iso.

SOUZA, M.T; SILVA, M; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010.

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2003.

STREFLING, I.S.S. **O Processo de gestão do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento: contribuições da enfermagem** / Dissertação: Universidade Federal de Rio Grande – Rio Grande, 2013. 104 p.

SUZANNE, V.S; WALLACE, E.M; CROSS, W.M; Perinatal staff perceptions of safety and quality in their service. **Bmc Health Serv Res/ Medline**. 2014; 14: 591.

SUZUKI, S; HIRAIZUMI, Y; SATOMI, M; MIYAKE, H. Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital. **J Matern Fetal Neonatal Med**; Medline 24(8): 1046-50, 2011.

TASE, T. H. **Segurança do paciente em maternidade: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário**. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da USP, 2015; 147p. Disponível em file:///C:/Users/Ivanete/Downloads/Tese_Terezinha_Hideco_Tase.pdf.

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**. ANVISA, 2013.

TOBIAS, G.C. **Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil**. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem / UFG; 2013. 115 p.

TOBIAS, G; BEZERRA, A.L.Q; MOREIRA, I.A; et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital: Rev. enferm. UFPE online; 10(3):1071-1079, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>.

TOMAZONI, A; ROCHA, P.K; SOUZA, S; ANDERS, J.C; MALFUSSI, H.F.C. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Rev Latino Am Enfermagem** 2014;22(5):755-63.

TORELLY F. **Tecnologia da informação na segurança do paciente e na sustentabilidade da organização**. Setor saúde - Porto Alegre; 2012. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/torelly/2012/12/09/tecnologia-da-informacao-na-seguranca-do-paciente-e-na-sustentabilidade-da-organizacao/>.

URBANETTO, J.S; GERHARDT, L.M; GIRARDELLO, E.B. Orgs: ANAIS - I Congresso Internacional da REBRAENSP. Editora: Faculdade de Enfermagem/UNICAMP; Campinas, São Paulo, Brasil – 2016.

VALLE, M.M.F. Caracterização de incidentes com medicamentos segundo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente. Valle - Curitiba, 2015. 114 p.

VIEIRA, S.M; BOCK, L.F; ZOCHE, D.A; PESSOTA, C.U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.spe, p. 255-262, 2011.

VINCENT, B; WIM, V.L. **Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence.** Studies in Health Services Organisation & Policy, 17, 2001, 456 p.

VINCENT, C. **The Essentials of Patient Safety.** London: Imperial College, 53 p. 2010. Disponível em: <http://www1.imperial.ac.uk/resources/5D671B2E-1742-454E-9930-ABE7E4178561/vincentessentialsofpatientsafety2012.pdf>.

VINCENT C. **The essentials of patient safety.** 2nd ed. London: Wiley-BlackWell; 2011.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2ª Ed. 2013.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 3, p. 1-8, 2012.

WEGNER W, SILVA SC, KANTORSKI KJC, PREDEBON CM, SANCHES MO, PEDRO ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training Educación para la cultura de seguridad del paciente: Implicaciones para la formación. **Esc Anna Nery** 2016;20(3).

WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra; 2005.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009. Geneva:WHO; 2008.

WHO. World Health Organization. **Global Priorities for patient safety research,** 2009. [página na Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>.

WHO. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's. 2009b.

WHO. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank; Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponível: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265eng.pdf>.

WHO. World Health Organization. **Checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities.** Genebra; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-newborndeaths/en/>.

WHO. World Health Organization. **Planning for the Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Headquarters, Geneva; 2016. Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/campaigns/gpsc_ms_consultative_meeting_april_2016geneva.pdf?ua=1.

WHO - World Health Organization. **WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns**. Geneva; 2017. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf?ua=1>

ZANARDO, G.L.P; CALDERÓN, M; NADAL, A.H.R; HABIGZANG, L.F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v.29: ed155043, 2-11p; 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf> .

ZAMBON, L. S. **Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante**. Medicina Net. 2009. Disponível em:
http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao_primum_non_no_cere.htm

Apêndices

Apêndice A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dados de identificação:

Sigla de identificação:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Formação Profissional:

Tempo de formado:

Instituição de formação () Privada () Pública

Pós-graduação: sim () Qual? _____ Área _____

Tempo de trabalho na Instituição:

Tempo de trabalho na unidade atual:

Quantas horas de trabalho por semana:

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale sobre sua vivência no cuidado a mulher e RN na unidade materno-infantil?
2. Frente sua experiência, fale sobre situações que podem resultar em falhas, danos imediatos ou futuros a saúde da mulher e do RN?
3. Frente a estas situações, qual a sua percepção sobre a segurança do paciente nesta unidade?
4. Você sabe ou conhece algo sobre o PNSP? Se sim, comente?
5. Que medidas proposta pelo PNSP foram implantadas na unidade materno-infantil no último ano para a melhoria da segurança do paciente?
6. Como são recebidas pela equipe de saúde novas medidas que visam promover a segurança do paciente na unidade?
7. Quando são implementadas medidas propostas pelo PNSP na unidade, há capacitação prévia para os profissionais envolvidos?
8. Quando ocorre algum incidente durante a assistência a mulher e/ou RN o que é feito? Que medidas são tomadas para abordar as consequências?
9. O que você acredita ser um cuidado seguro às mulheres e recém-nascidos?
10. Na sua percepção quais são os obstáculos ou dificuldades enfrentadas no cuidado a mulher e o RN nesta unidade?
11. Em sua opinião, o que facilita o cuidado a mulher e o RN na unidade materno-infantil?

Apêndice B
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS GESTORES DO NUCLEO DE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dados de identificação:

Sigla de identificação:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Formação Profissional:

Tempo de formado:

Instituição de formação () Privada () Pública

Pós-graduação: sim () Qual? _____ Área _____

Tempo de trabalho na Instituição:

Tempo de atuação no NSP:

Quantas horas de trabalho por semana:

Questões norteadoras:

1. Comente a respeito das políticas governamentais em prol da segurança do paciente nas unidades materno-infantil?
2. Frente as recentes mudanças do quadro de pessoal na unidade materno-infantil, comente sua relação às medidas de segurança do paciente?
3. O que você pensa sobre a importância que a gestão hospitalar dispensada a segurança do paciente na unidade materno-infantil?
4. Como são recebidas pela equipe de saúde novas medidas que visam promover a segurança do paciente na unidade materno-infantil?
5. Como você percebe a segurança do paciente na unidade materno-infantil? Fale sobre os aspectos positivos ou negativos?

Apêndice C
Análise dos DSC

FATORES QUE PERMEIAM A ADESÃO DE MEDIDAS SEGURAS DE CUIDADO NA UNIDADE MATERNO-INFANTIL		
Ideia Central	Expressões-Chaves	DSC
A segurança do paciente é prioridade na unidade materno infantil e tem respaldo dos gestores para evoluir.	<p>G1 – “A segurança do paciente na maternidade, assim como no hospital como um todo, é prioridade da Gestão... O núcleo está bem atuante, a superintendência participa e tudo”.</p> <p>G3 – “Existe vontade, interesse e apoio de todos para garantir a qualidade e o cuidado seguro para a mãe e seu bebe”.</p> <p>G4 – “Somos muito preocupados com a segurança do paciente, os membros participam bastante de todas as reuniões do núcleo e acatam o que se pede... Temos o objetivo que o núcleo dê respaldo para que as coisas andem...”</p>	<i>Eu acho que a segurança do paciente na unidade materno-infantil, assim como no hospital como um todo, é prioridade da Gestão. Nós somos muito preocupados com a segurança do paciente, os membros participam bastante de todas as reuniões do núcleo e acatam o que se pede. Então... o núcleo está bem atuante, a superintendência participa e tudo. Temos o objetivo que o núcleo dê respaldo para que as coisas andem. Existe vontade, interesse e apoio de todos para garantir a qualidade e o cuidado seguro à mãe e ao bebe.</i>

Ideia Central	Expressões-Chave	DSC
Fatores relacionados à mudança no quadro de pessoal	<p>G2 – “Foi um momento difícil em todas as unidades e um desafio a mais para os coordenadores de equipes”</p> <p>G5- “Toda essa entrada de novo pessoal trouxe dificuldades para as equipes em geral... Até achar um local para cada pessoa”.</p> <p>G6 – “Foi muita coisa mudando ao mesmo tempo e</p>	<i>Toda essa entrada de novo pessoal trouxe uma dificuldade para as equipes em geral, adaptação a novas formas de trabalho, foi muita coisa mudando ao mesmo tempo e equipes com formação muito diversas, dificuldades de achar um local para cada pessoa. Foi um momento difícil em todas as unidades e um desafio a mais para os coordenadores de</i>

	<i>equipes com formação muito diferentes tendo que se adaptação a novas formas de trabalho”.</i>	<i>equipes.</i>
--	--	-----------------

Ideia central	Expressões-Chave	DSC
Fatores relacionados à cultura dos funcionários da instituição	<p>G1 - <i>“Foi uma mudança muito radical entre funcionários que eram da antiga fundação, com funcionários entrando pela EBSEH e mais no meio de tudo os do RJU, tínhamos três tipos de razão social, três contratos diferentes, três cargas horárias diferentes, três salários diferentes, então foi muito complicado”.</i></p> <p>G3 – <i>“Foi bem complicado...Não porque eles não queiram colaborar, mas é que estão se adaptando ao setor, se adaptando ao paciente, se adaptando a cidade”.</i></p> <p>G7 – <i>“Para o pessoal que entrou agora tudo é novo, a prescrição, onde fica a seringa, muitas vezes falta colaboração, falta interesse, falta incentivo pra pessoa desenvolver isso ou aquilo”.</i></p>	<i>Foi bem complicado... Foi feito uma mudança muito radical e por ter sido entre funcionários que eram da antiga fundação, com funcionários entrando pela EBSEH e mais no meio de tudo os do RJU, tínhamos três tipos de razão social, três contratos diferentes, três cargas horárias diferentes, três salários diferentes, então foi muito complicado. Não porque eles não queiram colaborar, mas para o pessoal que entrou agora tudo é novo, a prescrição, onde fica a seringa, muitas vezes falta colaboração, falta incentivo para a pessoa desenvolver isso ou aquilo. Também tem a questão que estão se adaptando ao setor, se adaptando ao paciente, se adaptando a cidade. Então a segurança do paciente é algo que fica “beeeeem” pro final.</i>

Ideia central	Expressões-Chave	DSC
Fatores relacionados a readaptação da equipe de saúde após	G2 – <i>“Temos dificuldades com protocolos, com procedimentos operacionais padrão a com as novas regras etc.. Ainda estamos nos adequando as normas da instituição”.</i>	<i>Nós estamos nos adequando as normas da instituição de saúde. Nós temos dificuldades com protocolos, com procedimentos operacionais padrão a com as novas regras etc. A gente não tem pernas, espero que esse ano a gente consiga um pouco mais</i>

reestruturação	G4 – “A gente não tem pernas, espero que esse ano a gente consiga um pouco mais sobre essa questão da capacitação, embora tenha melhorado muito de 2016/2017 pra cá, perto do que tínhamos antes.”	sobre essa questão da capacitação, embora tenha melhorado muito de 2016/2017 pra cá, perto do que tínhamos antes.
----------------	---	---

Ideia central	Expressões-Chave	DSC
Interação interdisciplinar como fator chave para a qualidade do cuidado na perspectiva dos profissionais de enfermagem	<p>TE 2 “Quando chega residente novo que não foi informado da rotina, quais as melhores maneiras de abordagem e é quando acontecem os erros. Eles pedem para aplicar um soro glicosado, por exemplo, se está prescrito, a gente faz, depois chega outro e diz que quer outro, aí fica aquela discordância”.</p> <p>E9- “Nesta semana tivemos problemas de administração de medicamentos. Não com o paciente errado, mas por conta de prescrição errada. As vezes é questionado com o médico se realmente é aquilo, porque antigamente a prescrição era num formato que facilitava para suspender ou retirar medicação. Agora, como está nessa fase de adaptação, uma das vias vai direto pra farmácia e para excluir ou incluir medicação é diferente. Então tem vezes que a gente acaba ficando com duas prescrições vigentes no mesmo período, aí tem que ficar olhando o que se suspendeu ou não, que hora vai entrar essa medicação e se é esta a prescrição correta. Agora estamos grifando o horário que entra a prescrição com uma caneta marca texto e, eu particularmente, coloco grifado na prescrição médica o que é ‘se necessário’ ou não, e quando tem alteração eu circulo e coloco o horário correto”.</p>	<p>Nessa semana tivemos problemas de administração de medicamentos. Mas não ao paciente errado, e sim por conta de prescrição errada. As vezes é questionado com o médico se realmente é aquilo, porque antigamente a prescrição era num formato que facilitava para suspender ou retirar medicação. Agora, como está nessa fase de adaptação, uma das vias vai direto pra farmácia e para excluir ou incluir medicação é diferente. Então tem vezes que a gente acaba ficando com duas prescrições vigentes no mesmo período, aí tem que ficar olhando o que se suspendeu ou não, que hora vai entrar essa medicação e se é esta a prescrição correta. Agora estamos grifando o horário que entra a prescrição com uma caneta marca texto e, eu particularmente, coloco grifado na prescrição médica o que é ‘se necessário’ ou não, e quando tem alteração eu circulo e coloco o horário correto. Tudo pra evitar o erro... O “durante” é que é complicado, pois os médicos muitas vezes prescrevem verbalmente as medicações, até mesmo por discordância da equipe médica na conduta. Quando chega residente novo que não foi informado da rotina, quais as melhores maneiras de abordagem e é quando acontecem os erros. Eles (médicos) pedem para aplicar um soro</p>

	<p>TE 14 “Nós fizemos de tudo pra evitar o erro... muitas vezes os médicos prescrevem verbalmente as medicações, até mesmo por discordância da equipe médica na conduta... agora a gente só esta fazendo se estiver prescrito, se não, não se faz e aguarda a prescrição”.</p>	<p><i>glicosado, por exemplo, se está prescrito, a gente faz, depois chega outro e diz que quer outro, aí fica aquela discordância. Então agora a gente só faz se estiver prescrito, se não, não se faz e aguarda a prescrição.</i></p>
Ideia central	EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
Fatores relacionados a adesão às novas medidas na perspectiva do profissional de enfermagem	<p>TE 2 – “... a maioria não gosta, muitas não aceitam, mas a gente recebe a ordem e precisa cumprir”.</p> <p>TE 4 – <i>Nós funcionários da EBSERH temos facilidade para receber o novo, temos que evoluir e implantar coisas novas que tragam segurança para nós como profissionais e principalmente para o paciente. Chegou um sistema com a proposta de modificar tudo e a gente entendeu e tudo foi feito pra melhorar.</i></p> <p>TE 7- Sim, a gente segue. Agora com esse negócio do hospital ser hospital escola, ser amigo da criança, mudou muitas coisas.</p> <p>TE 8- <i>É bem tranquilo, acredito que são vistas como incrementos na qualificação do cuidado.</i></p> <p>E 11 – <i>Às vezes tem um pouquinho de resistência no começo com algo novo, porém no decorrer se vê que é para o bem. O pessoal se adapta bem as mudanças. A guerra é com as mais antigas “ah, porque eu nunca fiz assim...” então qualquer coisa diferente para elas foi, e ainda é, difícil de aceitar, simplesmente não</i></p>	<p><i>É bem tranquilo, acredito que são vistas como incrementos na qualificação do cuidado prestado na unidade. Chegou um sistema com a proposta de modificar tudo e a gente entendeu e tudo foi feito pra melhorar. Às vezes tem um pouquinho de resistência no começo com algo novo, a maioria não gosta, mas a gente recebe a ordem e precisa cumprir. Agora com esse negócio do hospital ser hospital escola, ser amigo da criança, mudou muitas coisas, porém no decorrer se vê que é para o bem. Nós funcionários da EBSERH temos facilidade para receber o novo, temos que evoluir e implantar coisas novas que tragam segurança para nós como profissionais e principalmente para o paciente. A guerra é com as mais antigas “ah, porque eu nunca fiz assim...” então qualquer coisa diferente para elas foi, e ainda é, difícil de aceitar, simplesmente não fazem e ponto final.</i></p>

fazem e ponto final.

MEDIDAS INSTITUÍDAS

Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p>Iniciativas que demonstram que o NSP está trabalhando em prol da segurança do paciente na unidade materno infantil</p>	<p>G1- <i>“A identificação já ocorre em 100% de nossos pacientes, nos adequamos com pulseiras especiais para a maternidade e o check-list de parto seguro é outro protocolo que tivemos a ideia de iniciar com a ajuda da enfermeira responsável de lá”.</i></p> <p>G2- <i>tentando colocar as ações junto do hospital como um todo mas, claro, sempre com um olhar particular para cada unidade”</i></p> <p>G3- <i>“Acredito que a gente está conseguindo implantar as metas ... Os protocolos de quedas demoraram um pouquinho, mas agora a pouco foi implantado”.</i></p> <p>G5- <i>“...estamos tentando implantar a Admissão de Infecção Puerperal, isso depende do CCIH, mas também têm esse controle de Admissão de Infecção Puerperal. Quando aumenta a taxa de infecção puerperal, no pós-parto vaginal, no pós-parto cesáreo, nós também vamos atrás ver o que está acontecendo”.</i></p>	<p><i>No núcleo nós estamos tentando implantar as metas, acredito que estamos conseguindo. Temos a admissão de Infecção Puerperal, isso depende do CCIH, mas também temos esse controle da Infecção Puerperal. Quando aumenta a taxa de infecção puerperal no pós-parto vaginal ou no pós-parto cesáreo, nós também vamos atrás, vamos ver o que está acontecendo. A identificação já ocorre em 100% de nossos pacientes, nos adequamos com pulseiras especiais para a maternidade. E o check-list de parto seguro é outro protocolo que tivemos a ideia de iniciar com a ajuda da enfermeira responsável pela unidade. Os protocolos de quedas também demoraram um pouquinho, mas agora a pouco foi implantado. Temos visto sempre com um olhar particular, mas tentando colocar as ações junto do hospital como um todo.</i></p>
<p>Ideias-centrais</p>	<p>Expressões-chave</p>	<p>DSC</p>
<p>Ainda não se avançou na implantação de medidas que favoreçam o cuidado seguro</p>	<p>G2 – <i>“De efetivo não tem nada. O protocolo do parto seguro é falho, implantado realmente não temos nada porque a gente não conseguiu. Na questão da identificação a gente avançou, mas é um protocolo parcialmente implantado. Sobre a medicação segura, a gente não tem nada realmente efetivo”.</i></p>	<p><i>A gente vem tentando implantar alguns protocolos há um ano e pouco com a chegada dos enfermeiros obstetras na instituição, mas de efetivo não tem nada. O protocolo do parto seguro é falho, nós temos o check-list, mas implantado realmente não temos nada porque a gente não conseguiu. Na questão da</i></p>

	<p>G6. “A gente vem tentando implantar alguns protocolos como o check-list, há um ano e pouco com a chegada dos enfermeiros obstetras na instituição, mas estamos trocando o quadro de pessoal há dois anos. Então primeiro nós não tínhamos o Núcleo estruturado, depois tínhamos o Núcleo estruturado, mas voltado para a Vigilância e não para a Segurança do paciente”.</p>	<p><i>identificação a gente avançou, mas é um protocolo parcialmente implantado. Sobre a medicação segura, a gente não tem nada realmente efetivo. Estamos trocando o quadro de pessoal há dois anos. Primeiro nós não tínhamos o Núcleo estruturado, depois tínhamos o Núcleo estruturado, mas voltado para a Vigilância e não para a Segurança do paciente.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Medidas instituídas na Unidade Materno-Infantil segundo a percepção dos profissionais de enfermagem	<p>TE2 – “Aqui na maternidade as pacientes são todas identificadas assim como o RN que logo que nasce já é identificado também. A gente não deixa o bebe ir para o leito sem a pulseira, tem a pulseira amarela do risco de quedas também que é muito interessante”.</p> <p>E6 – “Eu estou aqui na maternidade há pouco tempo, mas a gente toma muito cuidado com os procedimentos. Agora nós estamos em uma fase de adaptação do novo modelo de prescrição médica, ingresso de novos residentes”.</p> <p>E 9 – “...teve mudanças na prescrição de enfermagem, tem a questão da padronização dos materiais que a gente utiliza. Isso ajuda tanto na questão da segurança para o profissional como para o paciente”.</p> <p>TE 13 – “...essa questão dos apoios nos banheiros que não tinha antes”.</p>	<p><i>Estou aqui na maternidade há pouco tempo, mas a gente toma muito cuidado com os procedimentos. As pacientes são todas identificadas assim como o RN que logo que nasce já é identificado também. A gente não deixa o bebe ir para o leito sem a pulseira, tem a pulseira amarela do risco de quedas também que é muito interessante. Agora nós estamos em uma fase de adaptação do novo modelo de prescrição médica, ingresso de novos residentes. Essa questão dos apoios nos banheiros que não tinha antes, as mudanças na prescrição de enfermagem, tem a questão da padronização dos materiais que a gente utiliza. Isso ajuda tanto na questão da segurança para o profissional como para o paciente</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Outras ações	TE 8 – “toda gestante que vai pra Cesária temos que	<i>Existe o controle de infecção relacionada à</i>

<p>que minimizam danos às mulheres e recém-nascidos na unidade materno-infantil.</p>	<p><i>fazer o check-list... Antes a gente recebia muito paciente do bloco sem oclusor no acesso, ferida operatória sangrante, meio descolando...”</i></p> <p>E10 – <i>“Existe o controle de infecção relacionada à assistência em saúde que parte da gestão...”</i></p> <p>TE 13 – <i>“Acabamos de receber EPI’s, como sapato, óculos que a gente não tinha recebido ainda e agora chegou. Foram explicados que os EPI’s servem para a segurança do profissional e dos pacientes”</i>.</p> <p>TE16 – <i>“...está tendo uma campanha bem grande no hospital em relação registros dos erros ou falhas... agora com as palestras e tudo a enfermeira tem explicado que a notificação não é pra constranger o profissional, mas pra identificar aonde precisa melhorar”</i>.</p> <p>TE 17 – <i>“...as pacientes não pode estar com adornos, com prótese nem aplique nos cabelos”</i>.</p>	<p><i>assistência em saúde que parte da gestão. Então toda gestante que vai pra Cesária temos que fazer o check-list antes, não pode estar com adornos, com prótese nem aplique nos cabelos. Nós acabamos de receber EPI’s, como sapato, óculos que a gente não tinha recebido ainda e agora chegou. Foram explicados que os EPI’s servem para a segurança do profissional e dos pacientes. Agora está tendo uma campanha bem grande no hospital em relação registros dos erros ou falhas. Antes a gente recebia muito paciente do bloco sem oclusor no acesso, ferida operatória sangrante, meio descolando, agora com as palestras e tudo a enfermeira tem explicado que a notificação não é pra constranger o profissional, mas pra identificar aonde precisa melhorar.</i></p>
FAGILIDADES E POTENCIALIDADES		
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p>Dificuldades de alinhar a composição do NSP para trabalhar as metas de segurança do</p>	<p>G1- <i>“esse núcleo está composto há um tempo, mas de uns dois meses pra cá acho que ele tomou um novo fôlego. As mudanças dos componentes impactaram bastante para a segurança do paciente. Temos vários projetos encaminhados, mas pensávamos que hoje estaria com todos os protocolos implantados. Por exemplo, quando a gente começou, capacitamos</i></p>	<p><i>Eu acho que ainda não há uma coisa específica voltada para a maternidade, esse núcleo está composto há um tempo, mas de uns dois meses pra cá acho que ele tomou um novo fôlego. As mudanças dos componentes impactaram bastante para a segurança do paciente. As coisas estão sendo mais lentas do que a gente pensava inicialmente. Temos</i></p>

paciente	<p><i>algumas pessoas que em seguida saíram, aí foi mudando, entrou muita gente nova, sem experiência, com dificuldades básicas, elementares que tem que ser treinadas.”</i></p> <p>G4 - <i>“Ainda não há uma coisa específica voltada para a maternidade. As mudanças estão sendo mais lentas do que a gente pensava inicialmente”.</i></p> <p>G5 – <i>“...tem alguns protocolos que não são claros, como o de comunicação e a identificação do paciente que tu sabe que é importante, mas não tem uma orientação de como implantar estes protocolos. Gerenciar isso não foi fácil, as vezes você faz de uma maneira e vê que não funcionou...tem que voltar e refazer”.</i></p>	<p><i>vários projetos encaminhados, mas pensávamos que hoje estaria com todos os protocolos implantados. Por exemplo, quando a gente começou, capacitamos algumas pessoas que em seguida saíram, aí foi mudando, entrou muita gente nova, sem experiência, com dificuldades básicas, elementares que tem que ser treinadas. Também tem alguns protocolos que não são claros, como o de comunicação e a identificação do paciente que tu sabe que é importante, mas não tem uma orientação de como implantar estes protocolos. Gerenciar isso não foi fácil, as vezes você faz de uma maneira e vê que não funcionou ali e tem que voltar e refazer</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Fragilidades relacionada a visão fragmentada do Cuidado pelos membros do NSP	<p>G3 - <i>“precisamos ter mais respaldo, mais capacitações dos profissionais...precisa estar sempre motivado se não acaba esvaziando uma iniciativa no meio do caminho”.</i></p> <p>G4 – <i>“Pra mim está difícil trabalhar no núcleo de vigilância e no núcleo de segurança do paciente, porque não sei coletar coisas que não são reais. Coletar por coletar eu posso coletar informações sobre o parto seguro, fazer o check-list e te falar que está implantado, mas teria que avaliar, tem que ter medidas, então considero que não temos esse processo de trabalho instituído aqui e é um desafio</i></p>	<p><i>Não tem muito foco. Pensa-se por partes, é diferente o que se pensa pro intensivismo neonatal do que se pensa pra maternidade. Tu tentas elencar por áreas. Tem as Políticas que são bem específicas, como essas que estamos tentando elencar na materno-infantil. Acho que precisamos ter mais respaldo, mais capacitações dos profissionais, tu precisa estar sempre motivado se não acaba esvaziando uma iniciativa no meio do caminho. A nossa infraestrutura ainda é muito precária, isso nos dificulta horrores para determinadas coisas. Pra mim está difícil trabalhar no núcleo de vigilância e no núcleo de segurança do paciente, porque não sei coletar coisas</i></p>

	<p><i>enorme”.</i></p> <p>G7 - “A nossa infraestrutura ainda é muito precária e isso nos dificulta horrores para determinadas coisas. Não tem muito foco. Pensa-se por partes, é diferente o que se pensa pro intensivismo-neonatal do que se pensa pra maternidade... Tem as Políticas que são bem específicas, como essas que estamos tentando elencar na materno-infantil”.</p>	<p><i>que não são reais. Coletar por coletar eu posso coletar informações sobre o parto seguro, fazer o check-list e te falar que está implantado, mas teria que avaliar, tem que ter medidas, então considero que não temos esse processo de trabalho instituído aqui e é um desafio enorme.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p><i>Dificuldades associadas formação dos profissionais e a estrutura do serviço</i></p>	<p>G2 – “O nosso hospital é composto por gente de todo país, cada pessoa foi ensinada de um jeito, tem as culturas diferentes, tem um modo de trabalhar diferente, grande parte dos profissionais não foram formados dentro dessa cultura”.</p> <p>G4 – “O que dificulta é a cultura dos próprios profissionais, cada um veio de um lugar diferente”.</p> <p>G6 – “A formação não abrange em sua totalidade a prevenção danos ao paciente, pois tu vê que existe profissionais mesmo de ensino superior, que saem formados sem muito conhecimento nessa área ou pelo menos negligenciam alguns cuidados importantes como, por exemplo, o uso correta dos EPI’s. Então acho que infelizmente não temos essa cultura de segurança do paciente, a gente ainda é um povo muito permissivo com pequenos erros”</p> <p>G7 – “Existem as dificuldades estruturais de todas as formas dentro do hospital, não tem pia em algumas</p>	<p><i>O que dificulta é a cultura dos próprios profissionais, cada um veio de um lugar diferente. O nosso hospital é composto por gente de todo país, cada pessoa foi ensinada de um jeito, tem as culturas diferentes, tem um modo de trabalhar diferente, grande parte dos profissionais não foram formados dentro dessa cultura. A formação não abrange em sua totalidade a disseminação da prevenção danos ao paciente, pois tu vê que existe profissionais mesmo de ensino superior, que saem formados sem muito conhecimento nessa área ou pelo menos negligenciam alguns cuidados importantes como o uso e a forma correta dos EPI’s. Para o pessoal que entrou agora tudo é novo, a prescrição, onde fica a seringa... Existem também as dificuldades estruturais de todas as formas dentro do hospital, não tem pia em algumas unidades, dentro dos quartos... Enfim, existem estas dificuldades, mas sinceramente ainda acho que elas não são tão relevantes quanto às dificuldades intrínsecas de cada profissional, de formação profissional, de cultura que ainda</i></p>

	<p><i>unidades, dentro dos quartos... Enfim, existem estas dificuldades, mas sinceramente ainda acho que elas não são tão relevantes quanto às dificuldades intrínsecas de cada profissional, de formação profissional, de cultura que ainda precisamos evoluir. A dificuldade estrutural tu precisa de dinheiro, mas as outras tu precisa de um trabalho bem mais árduo que não pode parar, tem que continuar buscando sempre até que todo mundo se alinhe”.</i></p>	<p><i>precisamos evoluir. A dificuldade estrutural tu precisa de dinheiro, mas as outras tu precisa de um trabalho bem mais árduo que não pode parar, tem que continuar buscando sempre até que todo mundo se alinhe. Então acho que infelizmente não temos essa cultura de segurança do paciente, a gente ainda é um povo muito permissivo com pequenos erros.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p><i>Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na unidade materno-infantil</i></p>	<p>TE2 – “No RN nem tanto porque a berçarista fica só com o RN, mas com as gestantes e puérperas ocorre mais com medicação, a gente troca elas no sistema no movimento de leito, quando são gestantes ficam lá e puérperas pra cá, a gente modifica no sistema, mas as etiquetas estão erradas, com o leito errado ainda, o laboratório mesmo, às vezes se confunde”.</p> <p>E10 – “... A gente vê em relação à identificação e a administração de medicamentos errado”.</p> <p>TE7 – “Outra coisa que me aflige são os RN’s no leito, junto com a mãe. Eles têm bercinho, todos têm, mas eles acabam dormindo no leito. Tem todo o risco deles caírem ou o risco de asfixia, durante a amamentação e tudo mais. As puérperas acabam dormindo com eles na mama, estão muito cansadas e o risco de afogamento aumenta”.</p> <p>TE13 – a gente atende o bebê no quarto e isso pra mim não facilita em nada. Por que tudo é mecânico, tu</p>	<p><i>A gente vê em relação à identificação e a administração de medicamentos errado. No RN nem tanto porque a berçarista fica só com o RN, mas com as gestantes e puérperas ocorre mais com medicação, a gente troca elas no sistema no movimento de leito, quando são gestantes ficam lá e puérperas pra cá, a gente modifica no sistema, mas as etiquetas estão erradas, com o leito errado ainda, o laboratório mesmo, às vezes se confunde. Outra coisa que me aflige são os RN’s no leito, junto com a mãe. Eles têm bercinho, todos têm, mas eles acabam dormindo no leito. Tem todo o risco deles caírem ou o risco de asfixia, durante a amamentação e tudo mais. As puérperas acabam dormindo com eles na mama, estão muito cansadas e o risco de afogamento aumenta. Por outro lado a gente atende o bebê no quarto e isso pra mim não facilita em nada. Por que tudo é mecânico, tu tens que usar o estetoscópio pois não tens oxímetro pra ver os sinais vitais mais preciso e tirar dúvidas. Se tiver dúvida vou ter que chamar uma colega pra me ajudar: “vem cá, escuta,</i></p>

	<p><i>tens que usar o estetoscópio pois não tens oxímetro pra ver os sinais vitais mais preciso e tirar dúvidas. Se tiver dúvida vou ter que chamar uma colega pra me ajudar: ‘vem cá, escuta, será que tá certo?’. Então quando trazíamos os bebês aqui pro fundo, tu colocava no monitor, não é porque ‘ah, ela não quer contar’... no quarto tem barulho, mas se eu estou falando com a mãe do bebê já tem outra perguntando alguma coisa, aí tu tens que pedir ‘só um pouquinho, já falo contigo’. Não tem como dizer que eu não cuido das mães, elas não sabem. Se tu entra ali no quarto, está de jaleco, crachá e uniforme, tu tens que saber. Elas pedem ‘Ah, eu quero que tire o soro, já posso tirar o acesso?’ Aí tem que ficar falando ‘só um pouquinho, vou chamar alguém’. Eu não sei, eu cuido dos bebês e tem coisas que tu não dominas”.</i></p>	<p><i>será que tá certo?”. Então quando trazíamos os bebês aqui pro fundo, tu colocava no monitor, não é porque “ah, ela não quer contar”... no quarto tem barulho, mas se eu estou falando com a mãe do bebê já tem outra perguntando alguma coisa, aí tu tens que pedir “só um pouquinho, já falo contigo”. Não tem como dizer que eu não cuido das mães, elas não sabem. Se tu entra ali no quarto, está de jaleco, crachá e uniforme, tu tens que saber. Elas pedem “Ah, eu quero que tire o soro, já posso tirar o acesso?” Aí tem que ficar falando “só um pouquinho, vou chamar alguém”. Eu não sei, eu cuido dos bebês e tem coisas que tu não dominas.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Dificuldades relacionada a burocracia organizacional	<p>TE1 – “...O setor em si, não tem cadeira suficiente pra sentar e escrever, tirar medicação. A gente não tem nem estrutura para as emergências. Às vezes eu brinco, ‘ah a gente tem três partos’, mas que estrutura a gente tem pra três partos?”</p> <p>TE3 – “...tenho 10 bebês no alojamento, estão lá, já nasceram e estão com as mães. Eu não consigo atender esses 10 da mesma maneira e nem consigo saber tudo sobre eles. Eu posso passar o plantão pra ti lendo o que aconteceu (se cesárea ou não foi) ou posso passar o plantão pra ti só falando, foi isso foi aquilo. Quando é pouca criança que nasce comigo tenho noção, sei o nome da mãe, sei tudo, sei o leito em que ela está, mas quando são muitos tu não tens</p>	<p><i>Talvez a maior dificuldade seja a burocracia, porque às vezes tu queres adotar algum equipamento médico-hospitalar pra melhorar a assistência, mas o material não é de boa qualidade. Aí tu notificas, tu falas, tu reclamas e aquele material continua vindo da mesma maneira, apesar de todas as evidencias. Além da má qualidade muitas vezes temos a falta de material para trabalhar. Por exemplo: aqui a gente não tem bandeja, se tu vai fazer uma medicação, ou tu leva na mão ou tu leva em cima da prancheta. Não tens ideia da vergonha que eu fico de ter que levar as coisas nas mãos. Olha quantos leitos tem... Tu irias gostar que eu entrasse no quarto pra te fazer uma medicação com uma seringa na mão? Eu acho</i></p>

	<p><i>condições, não existe quem ‘consiga então estas coisas que são bem complicadas.</i></p> <p>E6 – “...muitas vezes temos a falta de material para trabalhar. Por exemplo: aqui a gente não tem bandeja, se tu vai fazer uma medicação, ou tu leva na mão ou tu leva em cima da prancheta. Não tens ideia da vergonha que eu fico de ter que levar as coisas nas mãos. Olha quantos leitos tem... Tu irias gostar que eu entrasse no quarto pra te fazer uma medicação com uma seringa na mão? Eu acho terrível, feio e um déficit bem grande”.</p> <p>TE7 – “...quando a gente vai nos quartos, não tem aparelho pra verificar a pressão e os que têm são precários. Aí enquanto tu verificas a colega fica te esperando. Os papeis que a gente usa pra secar as mãos, é preferível que tu fique com a mão molhada e espere secar. Já foi reclamado várias vezes, mas não adianta. Aí a gente adotou uma toalha, nos organizamos assim, cada uma tem a sua. Não é só isso, tem outras coisas também”.</p> <p>E11 – A maior dificuldade é a burocracia, porque às vezes tu queres adotar algum equipamento médico-hospitalar pra melhorar a assistência, mas o material não é de boa qualidade. Aí tu notificas, tu falas, tu reclamas e aquele material continua vindo da mesma maneira, apesar de todas as evidencias.</p>	<p><i>terrível, feio e um déficit bem grande. Outra coisa, quando a gente vai nos quartos, não tem aparelho pra verificar a pressão e os que têm são precários. Aí enquanto tu verificas a colega fica te esperando. Os papeis que a gente usa pra secar as mãos, é preferível que tu fique com a mão molhada e espere secar. Já foi reclamado várias vezes, mas não adianta. Aí a gente adotou uma toalha, nos organizamos assim, cada uma tem a sua. Não é só isso, tem outras coisas também. O setor em si, não tem cadeira suficiente pra sentar e escrever, tirar medicação. A gente não tem nem estrutura para as emergências. Às vezes eu brinco, “ah a gente tem três partos”, mas que estrutura a gente tem pra três partos? Eu tenho 10 bebês no alojamento, estão lá, já nasceram e estão com as mães. Eu não consigo atender esses 10 da mesma maneira e nem consigo saber tudo sobre eles. Eu posso passar o plantão pra ti lendo o que aconteceu (se cesárea ou não foi) ou posso passar o plantão pra ti só falando, foi isso foi aquilo. Quando é pouca criança que nasce comigo tenho noção, sei o nome da mãe, sei tudo, sei o leito em que ela está, mas quando são muitos tu não tens condições, não existe quem consiga então estas coisas que são bem complicadas.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Obstáculos de comunicação	TE5 – “É difícil a comunicação com os médicos. Porque assim: se está prescrito errado tudo bem. A	É difícil a comunicação com os médicos. Porque assim: se está prescrito errado tudo bem. Nós

entre equipe multidisciplinar	<p><i>gente fica meio assim, porque o erro acaba sendo de quem administra e quem prescreve termina não assumindo o erro. Aí fica aquela incerteza, duvidando mesmo da prescrição médica. perguntamos uma, duas, três vezes pra pessoa pra ver se é aquilo mesmo, pra ver se não tem erro de nada”.</i></p> <p>E9 –“...Nós tivemos dois casos de erro com antibióticos essa semana, um foi uma Penicilina que foi administrada errada e o outro foi uma Gentamicina. Uma dose que era pra ser feito de 24 em 24 horas estava sendo feita de seis em seis horas”.</p> <p>TE14 – “Agora estamos na função do adorno zero. A gente vê que pra todos os profissionais isso funciona, menos pra equipe médica. Então essa questão profissional mesmo, de postura profissional, da comunicação em equipe, da chefia falar pra eles fazerem, de eles aderirem esse programa, afinal é uma equipe. Não adianta uns usarem e outros não usarem”.</p>	<p><i>tivemos dois casos de erro com antibióticos essa semana, um foi uma Penicilina que foi administrada errada e o outro foi uma Gentamicina. Uma dose que era pra ser feito de 24 em 24 horas estava sendo feita de seis em seis horas. Então a gente fica meio assim, porque o erro acaba sendo de quem administra e quem prescreve termina não assumindo o erro. Aí fica aquela incerteza, duvidando mesmo da prescrição médica. A gente pergunta uma, duas, três vezes pra pessoa pra ver se é aquilo mesmo, pra ver se não tem erro de nada. Agora estamos na função do adorno zero. A gente vê que pra todos os profissionais do hospital isso funciona, mas pra equipe médica não. Então essa questão profissional mesmo, de postura profissional, da comunicação em equipe, da chefia falar pra eles fazerem, de eles aderirem esse programa, afinal é uma equipe. Não adianta uns usarem e outros não usarem</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Dificuldade de trabalhar em equipe	<p>TE4 – “...As vezes a vontade do médico não é o mais interessante pra aquela mãe. Aqui (pré-parto) nessas camas mesmo a gente tem partos com mães muito obesas. Aí tinha uma médica que queria colocar a mãe obesa na mesa de parto e só não fez o parto lá (sala de parto) porque a gente não tirou a mãe daqui, a gente viu que ela estava irreduzível e disse “olha doutora a gestante não levanta da cama, a mesa de parto não aguenta ela, é muito estreita e a paciente vai</p>	<p>Ideia central – dificuldade de trabalhar em equipe DSC - Primeira dificuldade que a gente tem é o desconhecimento. Aí depois que tu conheces, tu quer propor e não dá, pois na enfermagem não temos voz. Tem médicos bons aqui, obstetras que conversam com a gente numa boa, que respeitam a enfermagem, quando a enfermeira diz “vamos fazer assim”, eles concordam, mas tem outros que são irreduzíveis. Por exemplo, quando a gente coloca a</p>

	<p><i>cair”... Aqui é mais seguro, a gente baixa as laterais e fica uma cama segura para a paciente. A doutora não gostou. É ruim realmente, porque tem que trazer todo o equipamento pra cá, mas a gente priorizou a segurança da paciente e não a vontade dela”</i></p> <p>E 11 – <i>“Primeira dificuldade que a gente tem é o desconhecimento. Aí depois que tu conheces, tu quer propor e não dá, pois na enfermagem não temos voz”.</i></p> <p>TE12 – <i>“Tem médicos bons aqui, obstetras que conversam com a gente numa boa, que respeitam a enfermagem, quando a enfermeira diz “vamos fazer assim”, eles concordam, mas tem outros que são irredutíveis. Por exemplo, quando a gente coloca a paciente na bola, agarrada na cama, eu sempre coloco um pano no chão, porque os pezinhos delas suam e eu tenho medo que escorreguem e caia. Aí tem médicos que chegam e falam “ah, mas que saco esse pano no chão, é pra mim tropeçar?” aí eu penso “não, não quero que a gestante caia”</i></p>	<p><i>paciente na bola, agarrada na cama, eu sempre coloco um pano no chão, porque os pezinhos delas suam e eu tenho medo que escorreguem e caia. Aí tem médicos que chegam e falam “ah, mas que saco esse pano no chão, é pra mim tropeçar?” aí eu penso “não, não quero que a gestante caia” Às vezes a vontade do médico não é o mais interessante pra aquela mãe. Aqui (pré-parto) nessas camas mesmo a gente tem partos com mães muito obesas. Aí tinha uma médica que queria colocar a mãe obesa na mesa de parto e só não fez o parto lá (sala de parto) porque a gente não tirou a mãe daqui, a gente viu que ela estava irredutível e disse “olha doutora a gestante não levanta da cama, a mesa de parto não aguenta ela, é muito estreita e a paciente vai cair”... Aqui é mais seguro, a gente baixa as laterais e fica uma cama segura para a paciente. A doutora não gostou. É ruim realmente, porque tem que trazer todo o equipamento pra cá, mas a gente priorizou a segurança da paciente e não a vontade dela.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Dificuldade de interação com o familiar	<p>TE3 – <i>“Ah, às vezes os pais mesmo não entendem, não compreendem muito nossas orientações. Ficam muito resistentes às coisas e a gente não consegue dar seguimento ao procedimento. As pacientes de hoje são muito informadas, te perguntam uma coisa aqui e tu vira as costas e eles começam a te encarar de novo porque eles já procuraram de google. Aí elas te perguntam um pouco mais disso, porque estão muito inseguras e muito desconfiadas”.</i></p>	<p><i>Ah, às vezes os pais mesmo não entendem, não compreendem muito nossas orientações. Eu não sou contra o alojamento, é bom pro bebê, mas eu acho que em certos casos a gente deveria trazer ele aqui para o fundo, pra conseguir dar um melhor atendimento, pra tirar uma dúvida, avaliar direito. Não é só tu, a mãe e o bebê, são todos estes mais o acompanhante que quer saber outras informações como quando vai embora e tal, aí tu tá contando</i></p>

	<p>TE5 – “...Não sou contra o alojamento, é bom pro bebê, mas eu acho que em certos casos a gente deveria trazer ele aqui para o fundo, pra conseguir dar um melhor atendimento, pra tirar uma dúvida, avaliar direito. Não é só tu, a mãe e o bebê, são todos estes mais o acompanhante que quer saber outras informações como quando vai embora e tal, aí tu tá contando (sinais vitais) e tem que parar pra responder, explica, faz assim e tal e eles fazem ao contrário”.</p>	<p>(sinais vitais) e tem que parar pra responder, explica, faz assim e tal e eles fazem ao contrário. Ficam muito resistentes às coisas e a gente não consegue dar seguimento ao procedimento. As pacientes de hoje são muito informadas, te perguntam uma coisa aqui e tu vira as costas e eles começam a te encarar de novo porque eles já procuraram de google. Aí elas te perguntam um pouco mais disso, porque estão muito inseguras e muito desconfiadas.</p>
Potencialidades		
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
Expectativa positiva em relação à nova composição do NSP	<p>G1 – “Estamos em um momento mais tranquilo, praticamente estabilizando, já encerraram os ingressos. O último foi há uns seis meses, então acho que as equipes já estão inteiradas, já estão mais ajustadas.</p> <p>G3 – “Destes profissionais novos que chegaram, tem muita gente disposta a aprender e a trabalhar, isso só tem a contribuir para o hospital e também para a área de materno-infantil. Não estou lá na maternidade no dia a dia, entendes? Mas me parece, pelo menos a gente recebe aqui no Núcleo que não está pior do que era antes de ter acontecido essa mudança”.</p> <p>G7 – “Na verdade eu vejo que se iniciou o trabalho que antes não se tinha. Aumentou o número de colaboradores, isso te propicia a desenvolver um trabalho com mais qualidade e segurança”.</p>	<p>Agora acho que estamos em um momento mais tranquilo, praticamente estabilizando, já encerraram os ingressos. O último foi há uns seis meses, então acho que as equipes já estão inteiradas, já estão mais ajustadas. Destes profissionais novos que chegaram, tem muita gente disposta a aprender e a trabalhar, isso só tem a contribuir para o hospital e também para a área de materno-infantil. Não estou lá na maternidade no dia a dia, entendes? Mas me parece, pelo menos a gente recebe aqui no Núcleo que não está pior do que era antes de ter acontecido essa mudança. Na verdade eu vejo que se iniciou o trabalho que antes não se tinha. Aumentou o número de colaboradores, isso te propicia a desenvolver um trabalho com mais qualidade e segurança.</p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC

<p>Confiança nos novos membros do NSP e nos profissionais da equipe de saúde da unidade materno-infantil</p>	<p>G2 – “A pessoa que começou a coordenar a pouco o NSP está tentando identificar demandas, está tentando criar uma cultura de segurança para que então a gente possa começar a planejar melhor. Para o hospital isso vai ser de grande valia e acho que é de interesse da gestão, porque temos bastante apoio e respaldo”.</p> <p>G4 -“Tu tendo profissionais que tenham vontade de trabalhar, que desejam o melhor para seus pacientes, tu tens um ambiente que teoricamente é controlado e seguro. Então em todos os lugares tu vai ver esse tipo de profissional, não são 100% mas são com certeza a grande maioria”.</p> <p>G5 – “A maternidade tem um número de profissional muito bom, acho que a disponibilidade das pessoas em querer aprender e querer abraçar aquilo que é proposto pela liderança é justamente o que facilita”.</p>	<p>Esta pessoa que começou a coordenar a pouco o NSP está tentando identificar demandas, está tentando criar uma cultura de segurança para que então a gente possa começar a planejar melhor. Para o hospital isso vai ser de grande valia e acho que é de interesse da gestão, porque temos bastante apoio e respaldo. A maternidade tem um número de profissional muito bom, acho que a disponibilidade das pessoas em querer aprender e querer abraçar aquilo que é proposto pela liderança é justamente o que facilita. Tu ter profissionais que tenham vontade de trabalhar dessa maneira, que desejam o melhor para seus pacientes. Então em todos os lugares tu vai ver esse tipo de profissional, não são 100% mas são com certeza a grande maioria. Daí tu tens um ambiente que teoricamente é controlado e seguro.</p>
<p>Ideias-centrais</p>	<p>Expressões-chave</p>	<p>DSC</p>
<p>Percepção positiva quanto a interação da equipe de enfermagem</p>	<p>E 6 – “Já ser capacitada antes de entrar no serviço, saber quais os programas que seguem, tanto da segurança do paciente quanto do trabalhador, tem facilitado no cuidado. Uma equipe ampla e qualificada, é o que mais funciona para a segurança do paciente.”.</p> <p>TE 7 – Uma equipe dentro dos padrões, atendendo um número de pacientes adequado a complexidade que a gente tem, facilita. Até na questão dos hemoderivados, tem uma equipe que vem e faz, não dependem da gente. Às vezes isso ficava complicado pela demanda</p>	<p>Os colegas são bons de trabalhar, pegam junto. Todos esses programas que a gente tem, facilitaram muito. Pra mim, já ser capacitada antes de entrar no serviço, saber quais os programas que seguem, tanto da segurança do paciente quanto do trabalhador, tem facilitado no cuidado. Uma equipe dentro dos padrões, atendendo um número de pacientes adequado a complexidade que a gente tem, facilita. As capacitações buscando a segurança do paciente ajudaram muito. Até na questão dos hemoderivados, tem uma equipe que vem e faz, não dependem da</p>

	<p><i>de serviço, daí eles vêm e instalam as bolsas e tudo mais.</i></p> <p>TE 15 – “Os colegas são bons de trabalhar, pegam junto, ... As capacitações buscando a segurança do paciente e todos esses programas que a gente tem ajudaram muito”.</p>	<p><i>gente. Às vezes isso ficava complicado pela demanda de serviço, daí eles vêm e instalam as bolsas e tudo mais. Então acho que uma equipe ampla e qualificada, é o que mais funciona para a segurança do paciente.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p><i>Facilidades relacionadas a rotina e a comunicação interdisciplinar</i></p>	<p>E 9 – “Facilita o cuidado quando eu tenho uma rotina e uma conduta pré-estabelecida. Quando os protocolos são seguidos, quando há o compartilhamento do cuidado e a tomada de decisão coletiva no que tange a assistência prestada à mãe e seu filho”.</p> <p>E10 – “Existe uma comunicação boa entre todos da equipe multiprofissional. Por mais que às vezes a chefia fique de mãos atadas, mas a gente consegue conversar identificar os problemas e consegue implantar algumas coisas de melhorias também”.</p> <p>E12 – “A questão da comunicação dentro da equipe é primordial, quando identificamos erros a gente consegue conversar”.</p>	<p><i>Facilita o cuidado quando eu tenho uma rotina e uma conduta pré-estabelecida. Quando os protocolos são seguidos, quando há o compartilhamento do cuidado e a tomada de decisão coletiva no que tange a assistência prestada à mãe e seu filho. A questão da comunicação dentro da equipe é primordial, quando identificamos erros a gente consegue conversar. Existe uma comunicação boa entre todos da equipe multiprofissional. Por mais que às vezes a chefia fique de mãos atadas, mas a gente consegue conversar identificar os problemas e consegue implantar algumas coisas de melhorias também.</i></p>
Ideias-centrais	Expressões-chave	DSC
<p><i>Facilidade de comunicação com o familiar promove a segurança do paciente</i></p>	<p>TE14 – “...Se o bebê está sem pulseira, eles têm que avisar, porque às vezes no banho pode perder, ou na troca de roupa, pois o bebê perde peso, então a pulseira fica caindo e eles podem nos avisar. A educação tem que ser pra todos e não só pra equipe de saúde, inclusive para o paciente saber e cobrar da gente quando perceber algo errado”.</p>	<p><i>A comunicação com o paciente diminuiu o número de acidentes. Quando se coloca a pulseira amarela no paciente, a gente tem um termo que é lido para o familiar pra eles terem noção do que se trata. Orientar pra quando o familiar levar a paciente no banheiro, ao levantar da cama, se o suporte do soro está ali, se acabou tem que chamar. Se o bebê está</i></p>

	<p>TE17 – “Orientar pra quando o familiar levar a paciente no banheiro, ao levantar da cama, se o suporte do soro está ali, se acabou tem que chamar. Quando se coloca a pulseira amarela no paciente, a gente tem um termo que é lido para o familiar pra eles terem noção do que se trata. A comunicação com o paciente diminuiu o número de acidentes”.</p>	<p><i>sem pulseira, eles têm que avisar, porque às vezes no banho pode perder, ou na troca de roupa, pois o bebê perde peso, então a pulseira fica caindo e eles podem nos avisar. A educação tem que ser pra todos e não só pra equipe de saúde, inclusive para o paciente saber e cobrar da gente quando perceber algo errado.</i></p>
--	---	--

Anexo

UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DA CAMPANHA - URCAMP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de segurança do paciente na unidade materno-infantil: perspectiva dos profissionais de saúde e gestores

Pesquisador: Ivanete da Silva Santiago Strefling

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83237518.7.0000.5340

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO ATILA TABORDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.505.458

Apresentação do Projeto:

No aspecto de apresentação o projeto está de acordo com a proposta e as determinações da resolução 466/12

Objetivo da Pesquisa:

Estão adequados a proposta da disciplina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sugerimos cuidado em relação ao número de sujeitos que serão entrevistados.

Consideramos a pesquisa de extrema importância para a área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados a proposta e claros para entendimento dos sujeitos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Av. Tupy Silveira, nº 2009

Bairro: centro

CEP: 96.400-110

UF: RS

Município: BAGE

Telefone: (53)3242-8244

Fax: (53)3242-8244

E-mail: proppex@urcamp.lche.br

**UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DA CAMPANHA - URCAMP**



Continuação do Parecer: 2.585458

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1043331.pdf	06/01/2018 19:18:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	06/01/2018 19:13:42	Ivanete da Silva Santiago Strefling	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	06/01/2018 19:05:18	Ivanete da Silva Santiago Strefling	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSOS.docx	06/01/2018 18:49:05	Ivanete da Silva Santiago Strefling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/01/2018 18:44:31	Ivanete da Silva Santiago Strefling	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/01/2018 18:39:05	Ivanete da Silva Santiago Strefling	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAGE, 21 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Eliane Soares Tavares
(Coordenador)

Endereço: Av. Tupã Silveira, nº 2009

Bairro: centro

CEP: 96400-110

UF: RS

Município: BAGE

Telefone: (51)3242-8244

Fax: (51)3242-8244

E-mail: proppex@urcamp.ficha.br

