

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Elaine Cristina de Souza Ferreira

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA MATERNIDADE**

Belo Horizonte
2020

Elaine Cristina de Souza Ferreira

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA MATERNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviço de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliane Marina Palhares Guimarães.

Belo Horizonte
2020

Ferreira, Elaine Cristina de Souza.
F383a Avaliação da implementação do núcleo de segurança do paciente em uma maternidade [manuscrito]. / Elaine Cristina de Souza Ferreira. - Belo Horizonte: 2020.
105f.: il.
Orientador (a): Eliane Marina Palhares Guimarães.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Poder Familiar. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Estudos de Avaliação como Assunto. 5. Inquéritos e Questionários. 6. Dissertação Acadêmica. I. Guimarães, Eliane Marina Palhares. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 185



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP

UFMG

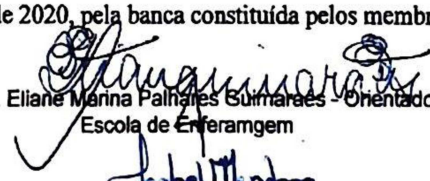
FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE

ELAINE CRISTINA DE SOUZA FERREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Aprovada em 26 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eliane Marina Palhares Guimarães - Orientador
Escola de Enfermagem


Prof(a). Isabel Yovana Quispe Mendoza
Escola de Enfermagem UFMG


Prof(a). Mirela Castro Santos Camargos
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte. 26 de março de 2020.



Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311758

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que passaram pelo meu cuidado na Maternidade e a todas aquelas que ainda irão passar e que me permitiram ser parte deste processo de iniciação em suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por terem me dado a vida, em especial a minha mãe, que apesar de todas as dificuldades nunca desistiu de mim, contrariando a tudo e a todos eu sobrevivi, devo a ela o dom da vida e por ter me ensinado a ser quem eu sou.

Ao pai dos meus filhos, Edson, pelo amor, companheirismo, parceria e por toda a história de vida que construímos juntos. Pelo desdobramento nos cuidados de nossos filhos enquanto eu me dedicava na construção deste trabalho.

Aos pequenos e grandes homens da minha vida, meus amados filhos Alan, Kluivert e Nicolas, por terem me ensinado compreender o verdadeiro significado da palavra amor e por me permitirem ser um ser humano melhor a cada dia. Por vocês aprendi engolir meu orgulho ferido e seguir em frente.

Aos meus irmãos Rodrigo e Eduardo que sempre torceram e acreditaram em mim.

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Eliane Marina Palhares Guimarães por ter acreditado nos meus sonhos e aceitado o desafio de seguir ao meu lado nesta tarefa árdua, mas ao mesmo tempo prazerosa. Um exemplo que quero seguir a vida inteira e por ter me auxiliado a prosseguir e a chegar até o fim.

À Direção da Maternidade Pública Municipal de Betim *Haydée EspejoConroy*, a todos os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (Diretora Lília; Coordenadora de Enfermagem Denise Fernandes; Coordenadora do PGRRS Janice; Farmacêutico Júpiter; Coordenadora da obstetrícia Vanessa; Coordenadora da Neonatologia Dillian; Coordenador da Hotelaria Carlos e a responsável pelos materiais e equipamentos Maria Aparecida).

A todos os servidores da Maternidade por terem acreditado no meu trabalho e que, gentilmente, aceitaram participar do estudo e que compartilharam comigo suas expectativas e percepções sobre a temática. Sem vocês este trabalho jamais teria acontecido, minha eterna gratidão.

Aos meus colegas enfermeiros e amigos, pela parceria e confiança.

Aos usuários da maternidade, mães, seus recém-nascidos e acompanhantes, nossos principais alvos na segurança e qualidade do cuidado.

A todos os amigos que de alguma maneira contribuíram, torceram e vibraram com minha conquista, muito obrigada!

A gravidez como iniciação

*Na antiga Tradição, se fala que ao parir,
A mulher dá uma coroa para a criança.*

*Pois a cabeça do bebê passa pela sua vagina e
Ali a criança recebe sua primeira coroa.*

*A partir daí, uma nova versão da própria mulher é parida. Ela vira mãe. Então
A cada parto é como se a mulher passasse por uma iniciação, pois sua vida*

Nunca mais será a mesma.

Ela própria também renasce.

(AGENDA MIM DE LUA, 2020)

RESUMO

FERREIRA, E.C.S. **Avaliação da Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Maternidade.** 2020. 102f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

A abordagem e inserção do tema segurança do paciente nas organizações de saúde são de suma importância para melhorar a qualidade da assistência à saúde. O presente trabalho teve como objetivo avaliar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após dez meses de sua implementação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. A abordagem da pesquisa foi quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva mediada pelo método de Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico. A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio do Questionário Atitudes Seguras. Para os dados qualitativos utilizou-se a técnica de grupo focal. Os sujeitos deste estudo foram profissionais da equipe multidisciplinar da referida maternidade. Para a análise dos dados de natureza qualitativa foi empregado o método de análise de conteúdo e para os dados quantitativos foi realizada uma análise descritiva relacionada ao Questionário de Atitudes Seguras. A análise dos dados permitiu a associação entre as variáveis coletadas pelo método qualitativo e quantitativo no sentido de complementar as informações extraídas na pesquisa, sendo identificadas cinco categorias analíticas: **1ª categoria:** Clima de segurança x Cultura de segurança do paciente; **2ª categoria:** Clima do trabalho em equipe x Satisfação no trabalho; **3ª categoria:** Condições de trabalho x Percepção do estresse x Gerência; **4ª categoria:** Identificação Correta do paciente x Cultura de segurança do paciente e **5ª categoria:** Segurança na administração de medicamentos x Cultura de segurança do paciente. Conclui-se que a equipe se apresenta mais alerta em relação à segurança do paciente, mas os fatores estruturantes da organização ainda são incipientes para garantir uma cultura de segurança forte. Finalmente, foi proposto um Projeto de Intervenção com medidas a serem implementadas a curto e médio prazo que assegure a consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência de forma segura.

Descritores: Segurança do Paciente; Maternidade; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

FERREIRA, E. C. S. **Evaluation of the implementation of the patient safety nucleus in a maternity hospital.** 2020. 102f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

The approach and insertion of the subject of patient safety in health organizations are of paramount importance to improve the quality of health care. This study aimed to evaluate the implementation of the Patient Safety Center from the workers' perception of the patient safety culture, ten months after its implementation in a Maternity Hospital in the metropolitan region of Belo Horizonte-MG. The research approach was quantitative and qualitative, of a descriptive type mediated by the Action Research method, of a cooperative and technical character. The collection of quantitative data was performed using the Safe Attitudes Questionnaire and, for qualitative data, the focus group technique was used. The subjects of this study were professionals from the multidisciplinary team of that maternity hospital. For the analysis of qualitative data, the content analysis method was used and, for quantitative data, a descriptive analysis related to the Safe Attitudes Questionnaire was performed. The analysis of the data allowed the association between the variables collected by the qualitative and quantitative method in order to complement the information extracted in the research, being identified five analytical categories: *1st category*: Safety climate x Patient safety culture; *2nd category*: Teamwork climate x Job satisfaction; *3rd category*: Working conditions x Perception of stress x Management; *4th category*: Correct patient identification x Patient safety culture and *5th category*: Safety in medication administration x Culture of patient safety. It is concluded that the team is more alert in relation to patient safety, but the structuring factors of the organization are still incipient to guarantee a strong safety culture. Finally, an Intervention Project was proposed with measures to be implemented in the short and medium term that ensure the consolidation of the Patient Safety Center, ensuring the achievement of its objectives to safely improve the quality of care.

Descriptors: Patient Safety; Maternity; Multiprofessional Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adm	Administrativo
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CME	Central de Material Esterilizado
COEP	Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
ENF	Enfermeiro
EUA	Estados Unidos da América
FAR	Farmacêutico
IAEA	Agência Internacional de Energia Nuclear
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MPMB	Maternidade Pública Municipal de Betim
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RN	Recém Nascido
RX	Raio X
SAQ	Questionário de Atitudes Seguras
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEC	Técnico de Enfermagem
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Cuidado Intermediário
UTIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason para os acidentes organizacionais	24
Gráfico 1 - Tempo de atuação na MPMB, Betim, MG, Brasil.....	42
Gráfico 2 - Escore médio de cada domínio, MPMB, Betim, MG, Brasil.	45
Gráfico 3 - Escore de cada domínio, pré e pós implementação do NSP-MPMB, Betim, MG, Brasil.	45
Gráfico 4 - Clima de segurança, MPMB, Betim, MG, Brasil.	47
Gráfico 5 - Clima de trabalho em equipe, MPMB, Betim, MG, Brasil.	57
Gráfico 6 - Satisfação no trabalho, MPMB, Betim, MG, Brasil.	59
Gráfico 7 - Percepção do estresse, MPMB, Betim, MG, Brasil.	61
Gráfico 8 - Condições de trabalho, MPMB, Betim, MG, Brasil.	62
Gráfico 9 - Percepção da gerência do setor e gerência geral, MPMB, Betim, MG, Brasil.....	64
Quadro 1 - Classificação das categorias profissionais dos participantes do estudo MPMB, Betim, MG, Brasil. 2020.....	44
Quadro 2 - Plano de ação da proposta de intervenção Maternidade Pública Municipal de Betim. 2020.....	96

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	14
2OBJETIVOS	18
2.1OBJETIVO GERAL	18
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 JUSTIFICATIVA.....	19
3.1 MOTIVAÇÃO DA PESQUISA	19
3.2 IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
3.3NOTIFICAÇÕES DOS EVENTOS ADVERSOS	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
4.2NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	25
4.3 EVENTOS ADVERSOS NA MATERNIDADE	27
5METODOLOGIA DA PESQUISA	30
5.1REFERENCIAL TEÓRICO METODOLOGICO.....	31
5.2OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	32
5.2.1Aspectos Éticos	32
5.2.2Cenário do Estudo	33
5.2.3Sujeitos da Pesquisa e Critério de Inclusão e Exclusão	34
5.2.4Coleta de Dados	35
5.2.5Procedimentos para Análise dos Dados	37
6DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
6.1DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DOS GRUPOS FOCALIS.....	39
6.1.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa	41
6.2CLIMA DE SEGURANÇA X CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	44
6.2.1Clima de Segurança.....	46
6.2.2 Cultura de Segurança na Organização de Saúde.....	48

6.3PERCEPÇÃO SOBRE O CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE X SATISFAÇÃO NO TRABALHO	56
6.4PERCEPÇÃO DO ESTRESSE X CONDIÇÕES DE TRABALHO X PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA.....	60
6.4.1 Percepção da Gerência do Setor e Gerência Geral.....	64
6.5PROTOCOLOS BÁSICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	66
6.5.1 Identificação do Paciente X Cultura de Segurança do Paciente	67
6.5.2Segurança na Administração de Medicamentos X Cultura de Segurança do Paciente....	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERENCIAS.....	81
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	89
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) GRUPO FOCAL	91
APÊNDICE C – Plano de Ação	94
ANEXO A – Questionário Atitudes Seguras.....	99

1 INTRODUÇÃO

Embora o termo “segurança do paciente” possa ser considerado atual, o assunto já estava introjetado no subconsciente desde os primórdios do cuidado aos pacientes. Na Grécia antiga, há mais de dois mil anos, Hipócrates havia dito *Primum non nocere*, ou seja, “em primeiro lugar, não cause dano”. Entretanto, até recentemente, os erros associados à assistência eram considerados um ‘subproduto’ inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços (WACHTER, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do paciente se traduz em redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, considerando o conhecimento atualizado, os recursos existentes e o cenário em que a assistência foi prestada (WHO, 2009).

O pensamento de que os erros relacionados à assistência era um “subproduto” da medicina moderna mudou a partir de 1999, com estudo realizado cujo relatório intitulado “Errar é Humano”, publicado em 2000 pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), ressalta questões relacionadas à segurança do paciente. O resultado desse estudo apresentou um número de óbitos de pacientes causados por eventos adversos, entre 45.000 a 100.000 por ano. A partir dessa discussão, percebe-se que eventos adversos relacionados à assistência ao paciente podem ser considerados frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial (KOHNet al., 1999). Os dados coletados desse relatório apontaram a necessidade de encontrar estratégias para melhorar a segurança do paciente e, desde então, foi iniciado um movimento global em busca por soluções.

Diante da necessidade de ações para a promoção de práticas seguras, em 2004, cria-se a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Inicialmente foram lançados três desafios globais para adotar medidas de segurança do paciente (*Global Patient Safety Challenge*) que são: Cuidado limpo, cuidado seguro: o objetivo principal de garantir a higienização das mãos, e assim prevenir as infecções transmitidas pelas mãos. Cirurgia segura salva vidas: é o segundo desafio, aplicação de um *checklist*, no pré-operatório e no transoperatório com o objetivo de garantir uma cirurgia mais segura. Por fim, o terceiro desafio: enfrentar a Resistência Antimicrobiana, estímulo ao uso racional de antimicrobianos (WHO, 2009).

Com o objetivo de reduzir a ocorrência dos eventos adversos, danos aos pacientes e os custos, a OMS adotou o tema Segurança do Paciente como prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000 (WHO, 2004).

Em 2003, a OMS criou a *International Alliance for Patient Safety* (Aliança Internacional para Segurança do Paciente) e em 2004 ficou instituída a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). A função primordial dessa aliança é coordenar ações de resolução para os problemas relacionados à segurança do paciente (DONALDSON; PHILIP, 2004).

Essa aliança foi uma chamada a nível global para o envolvimento dos países na promoção da segurança do paciente. O Brasil é um dos países que compõem essa Aliança Mundial e apresenta uma preocupação com a iniciativa de promover a segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Em 2005, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* em parceria com a OMS definiram seis metas internacionais para a segurança do paciente, assim identificadas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local correto da intervenção, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões decorrentes de queda (WHO, 2009).

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº. 529. Em julho do mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) - nº. 36 de 2013, regulamenta as ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e torna obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas organizações de saúde. A referida Resolução define, ainda, que o NSP possui como uma de suas funções a promoção da Cultura de Segurança mediante a implementação de um Plano de Segurança, que envolva, no cuidado prestado, todos os atores sociais, tais como pacientes e acompanhantes (BRASIL, 2013a, 2013f).

Os NSPs hospitalares precisam estar atrelados de forma orgânica à direção e contar com uma disponibilidade constante com a direção geral, a direção técnica, a coordenação de enfermagem e as outras instâncias que geram a assistência à saúde. Tais metas estão traduzidas em seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias nº. 1377 e nº. 2095/2013, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, 2013c).

A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente pretende reduzir a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos (EA) resultantes da exposição aos cuidados em saúde, focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (WACHTER, 2013).

Os eventos adversos são os desfechos indesejados decorrentes da assistência prestada ao paciente, que não estão relacionados à evolução natural da doença e que podem causar danos ao paciente, comprometendo estruturas ou funções do corpo, como lesão, doença, incapacidade ou até mesmo podendo levar a morte. Além de reduzir a possibilidade de alcançar o resultado almejado, outras implicações estão relacionadas à ocorrência do EA, como a perda de confiança dos pacientes nas organizações de saúde e em seus profissionais (BATISTA, 2006).

Em ambiente hospitalar de uma maternidade há de se considerar algumas particularidades como: cenários clínicos com duas vidas - mãe e recém-nascido, longa duração do cuidado: pré-natal, parto, puerpério, Unidades de Cuidados Intermediários (UTI), diversidade de locais e profissionais envolvidos no processo, valores assimétricos entre médico e mulher/família, expectativa de resultado sempre positivo (BRASIL, 2014).

Os valores assimétricos nas relações entre médico e paciente tramitam entre o poder e o saber do profissional e a sua influência na tomada de decisão. No caso da mulher, a gravidez e o parto são processos permeados de expectativas e preocupações relacionados às experiências individuais das mulheres e suas famílias. No entanto, o profissional médico, além do seu saber, também sofre influências das suas experiências pessoais, e podem ser conflitante o poder de decisão do médico e a expectativa da mulher em relação ao seu processo de gestar e parir (PIRES et al., 2010).

Os aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto podem trazer experiências negativas ou positivas para a mulher e suas famílias que podem durar o resto de suas vidas. Trata-se de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, portanto, a gravidez e o parto despertam expectativas positivas quanto aos seus resultados. Essa expectativa traz uma dificuldade para as mulheres, suas famílias e também para os profissionais em lidar com os resultados adversos que porventura possam ocorrer (BRASIL, 2014).

Os recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos são mais vulneráveis e susceptíveis a sofrerem eventos adversos pelas suas características, devido às fragilidades dos

sistemas orgânicos imaturos e, ainda, podem ser acometidos por doenças graves que necessitam de cuidados complexos e invasivos, aumentando os riscos de ocorrências de incidentes (TOMAZONI et al., 2014).

A promoção da qualidade, a segurança do paciente na atenção materna e neonatal e a assistência prestada às mulheres e seus filhos devem ser levadas em consideração, tendo como referências as particularidades intrínsecas ao processo reprodutivo. Os princípios da qualidade como: Segurança – não sofrer danos; Efetividade – melhores evidências visando o melhor resultado; Centralidade no paciente – respeito às experiências e valores; Oportunidade – intervenções no momento apropriado; Eficiência - utilização racional de recursos para um bom resultado; Equidade – assegurar o mesmo nível de cuidados para todos, devem ser contemplados na construção do plano de segurança nas instituições que prestam assistência materna e neonatal (BRASIL, 2014).

Mediante esse cenário, torna-se fundamental uma gestão eficiente que contemple as competências esperadas para a segurança do paciente, a implementação do NSP e suas etapas de crescimento e de melhorias, baseando-se nos protocolos básicos estabelecidos pela OMS para segurança do paciente em todas as instituições de saúde, incluído as que prestam atendimento materno e neonatal (BRASIL, 2013a, 2013f).

Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo nas instituições, para disseminar entre os profissionais de saúde a percepção de Segurança do Paciente e gerar compromisso e cultura segura nas instituições de saúde. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, por meio da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (WACHTER, 2013).

Considerando a relevância do assunto para a assistência à saúde e a sua aplicabilidade nas práticas assistenciais o trabalho proposto avaliou a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após dez meses de sua implementação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Ao Final, foi proposto um Projeto de Intervenção com medidas a serem implementadas a curto e médio prazo que assegure a consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência de forma segura.

2 OBJETIVOS

2.1OBJETIVO GERAL

Avaliar a Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a partir da percepção dos servidores após dez meses da sua criação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG

2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição.
- Conhecer atitudes seguras e inseguras das equipes assistenciais multiprofissionais, apoio diagnóstico e administrativo, após dez meses de implantação do NSP.
- Propor ações que assegurem o funcionamento do NSP, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

3 JUSTIFICATIVA

3.1 MOTIVAÇÃO DA PESQUISA

A vivência profissional da autora na maternidade motivou o interesse por este estudo e, ao debruçar sobre a legislação vigente relativa à segurança do paciente, sinalizou a aplicabilidade do programa de segurança do paciente como um processo que pudesse trazer melhorias e qualidade na assistência ao binômio mãe e filho e ao profissional. Ademais, incorporar ao processo de implantação de um núcleo de segurança, além das metas internacionais sobre segurança do paciente, o fortalecimento das boas práticas de trabalho de parto, parto e nascimento seguros baseados em evidências.

No processo seletivo do mestrado profissional, em agosto de 2017, a autora apresentou a proposta do projeto de criação e implementação do Núcleo de Segurança do Paciente na Instituição onde trabalha como enfermeira. A intenção do estudo era de implantar o NSP considerando a especificidade de uma maternidade. Dessa forma, a proposta do NSP foi apresentada ao Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Neonatal da Maternidade em janeiro de 2018, sendo aceita e aprovada.

Para iniciar as atividades de implementação do NSP a autora realizou o diagnóstico da cultura de segurança do paciente na instituição, por meio da aplicação do Questionário de Atitudes Seguras (SAQ), com o intuito de conhecer a cultura de segurança do paciente na instituição antes da implementação do NSP.

O resultado do diagnóstico realizado apontou que a cultura de segurança do paciente na instituição era frágil e que se encontra em um estágio patológico em relação ao modelo de maturidade de cultura de segurança do paciente. Um estágio no qual não há ações na área de segurança do paciente na organização. Essa situação reforça a necessidade de implantação do NSP, com uma cogestão e coparticipação dos servidores, metodologias mais inovadoras e eficientes, propostas flexíveis e horizontalizadas que estimulem tanto os profissionais quanto os gestores na sua implementação.

3.2 IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A implementação do NSP na maternidade iniciou há dois anos. No primeiro ano, em 2018, foi realizada a parte burocrática da implementação do NSP como nomeação dos membros, construção do regimento interno, do plano de segurança da maternidade e o

diagnóstico da cultura de segurança do paciente na instituição. No segundo ano, em 2019, foram realizados os treinamentos introdutórios para a implementação do NSP.

A primeira ação da implementação do NSP foi a decisão sobre a composição e a nomeação de seus membros. O NSP foi composto por profissionais dos cargos de gerentes assistenciais, coordenadores, referências técnicas e representantes do serviço do controle de infecção hospitalar. A nomeação dos membros foi realizada pela diretoria da instituição e, nesse momento, a autora deste estudo foi nomeada como coordenadora do NSP. Embora as reuniões acontecessem a cada três meses, as atividades do NSP foram iniciadas com a construção do Regimento Interno e do Plano de Segurança do Paciente.

Após a realização do diagnóstico da cultura de segurança do paciente e das construções dos documentos técnicos para a implementação do NSP, iniciou-se a implementação propriamente dita, com o treinamento introdutório sobre o tema Segurança do Paciente e apresentação dos fluxos de notificações dos eventos adversos na instituição. Foram publicizados os documentos como o Regimento Interno, Plano de Segurança do Paciente na Maternidade, Fichas de Notificações dos Eventos Adversos e Instrução Técnica de Notificação dos Eventos Adversos (construída pelos membros do NSP).

Para permitir a participação efetiva da equipe, os treinamentos e capacitações aconteceram em todos os plantões A, B e C (contemplando os servidores da escala 12/60) e nas segundas, terças e quartas-feiras (contemplando os servidores da escala fixa da semana); os horários foram planejados considerando a disponibilidade do local de realização, no caso, o refeitório da Maternidade.

Para evitar prejuízo na assistência com o deslocamento dos profissionais, os treinamentos foram oferecidos em dois horários, contemplando tanto os turnos do dia quanto da noite, com duração de no máximo uma hora e meia. A escala de treinamento permitia que 50% dos servidores participassem em um horário e outros participassem no segundo horário. Para cada tema proposto foram realizados doze encontros de treinamentos.

Em alguns momentos ocorreram treinamentos práticos, como por exemplo, para o manejo da bomba de infusão, ainda, contou-se com o apoio de vídeos e dinâmicas para estimular as reflexões, participações e a interação entre os servidores.

Durante os treinamentos, os gestores e servidores foram estimulados a participar de forma ativa e como produto, foram corresponsáveis pela construção coletiva de alguns dos processos de trabalho e implementação de rotinas e fluxos.

As capacitações propostas nos grupos de discussões tiveram como foco trabalhar a prevenção dos eventos adversos na instituição e a conscientização da equipe em relação à

cultura de segurança do paciente. Para sua operacionalização foram divididas com foco nas metas internacionais pactuadas para mitigação dos eventos adversos, abordando temas relacionados como identificação correta do paciente; melhoria da comunicação entre as equipes; melhoria do gerenciamento do medicamento de alto risco; reforço das boas práticas do trabalho de parto, parto e nascimento e cirurgia segura; higienização das mãos para controle de infecções. As capacitações para a implementação do NSP-MPMB (Núcleo de Segurança do Paciente- Maternidade Pública Municipal de Betim) ocorreram entre os meses de março de 2019 a agosto do citado ano.

3.3 NOTIFICAÇÕES DOS EVENTOS ADVERSOS

Após a implementação do NSP na maternidade, as notificações começaram a surgir e ao longo dos 10 meses foram realizadas 45 notificações, sendo dessas, 90% relacionadas a erros de medicação, 5% relacionados a identificação dos pacientes, e o restante, no âmbito das relações conflituosas no trabalho.

A primeira ação enquanto NSP foi a implantação do contato pele a pele, pois a instituição como uma unidade credenciada à Rede Cegonha, bem como o Hospital Amigo da Criança estava com dificuldade em cumprir com esse indicador. Iniciamos com um treinamento teórico e prático sobre o tema contato pele a pele e contou-se com a participação da equipe profissional na elaboração da Instrução Técnica de Trabalho referente a esse cuidado.

Ao realizar a análise da causa raiz dos eventos adversos relacionados aos erros de medicação, constatou-se que na Instituição a falta de protocolos é um cenário propício de ocorrência dos eventos adversos. Como estratégia de enfrentamento desse problema, foram elaborados protocolos de diluição e administração de medicamentos, contemplando os medicamentos indicados e contraindicados no período da gestação e lactação. Além do protocolo, foram confeccionadas fichas de identificação do paciente para serem utilizadas à beira do leito, em todos os setores, pré-parto, alojamento conjunto e unidade neonatal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que sustenta o presente trabalho serviu de base para a compreensão da temática e construção do estudo. Este capítulo foi subdividido em temas nos quais serão discutidos a Cultura de Segurança do Paciente, o Núcleo de Segurança do Paciente e Eventos Adversos e Maternidade.

4.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O desenvolvimento e o crescimento da tecnologia permitiram avanços significativos para a assistência prestada à saúde. Entretanto, atrelado a esse crescimento, o sistema de saúde passou a ficar cada vez mais complexo, aumentando os riscos oriundos dessa assistência, cada vez mais sofisticada. Desde o relatório “Errar é Humano” do Instituto de Medicina (IOM) dos EUA, publicado em 1999, que a Instituição passou a incorporar a “segurança do paciente” como um dos seis tributos da qualidade, junto com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (KOHN et al., 1999).

A efetividade está ligada ao cuidado prestado baseado no conhecimento científico, evitando tanto a subutilização quanto a hiperutilização dos cuidados necessários, com práticas baseadas em evidências científicas, o cuidado centrado no paciente, considerando o indivíduo nas suas necessidades, valores e preferências de forma respeitosa e responsiva e assegurando que os valores do paciente orientem a tomada de decisão. Uma assistência à saúde eficiente inclui um cuidado sem desperdícios associado ao uso de equipamentos, suprimentos e energia. E, por último, não menos importante, tem-se a equidade na qual a qualidade do cuidado não sofre alterações decorrentes das características pessoais do indivíduo (KOHN et al., 1999).

Por sua vez, a segurança do paciente, nesse contexto, significa evitar lesões e danos decorrentes do cuidado prestado à saúde. Segundo a OMS a segurança do paciente trabalha com a redução dos riscos de Eventos Adversos (EA), considerados danos desnecessários associados à assistência em saúde, sendo necessário reduzi-los até um mínimo aceitável (BRASIL, 2014).

O pilar de sustentação de uma assistência à saúde segura e de qualidade é a cultura de segurança do paciente. O conceito Cultura de Segurança foi extraído da indústria, após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986, tendo a investigação dos eventos adversos mudado o foco da regulamentação para fatores individuais e organizacionais (FLIN, 2006).

De acordo com a descrição de Nieva e Sorra (2003), o termo cultura de segurança de uma organização definido pelo Comitê Consultivo para a Segurança dos Recursos de Instalações Nucleares, pode ser adaptado para o contexto das organizações que prestam assistência à saúde. O referido Comitê retrata a cultura de segurança de uma organização resulta dos valores individuais e do grupo, tais como atitudes, percepções e competências e padrões de comportamento que definem o grau de comprometimento, o estilo e o compromisso na gestão de saúde e segurança da instituição. A cultura de segurança positiva tem como característica uma comunicação transparente, pautada na confiança recíproca, na qual as percepções sobre a segurança são compartilhadas no intuito de promover medidas eficientes na prevenção dos eventos adversos.

O conceito de cultura de segurança do paciente adotado pelo Ministério da Saúde e publicado na portaria GM nº 529/2013 compreende um conceito mais amplo, considerando a cultura de segurança como uma cultura em que engloba todos os trabalhadores, incluindo profissionais, gestores, pacientes e familiares na responsabilidade pela própria segurança e pela segurança dos outros. Prioriza a segurança acima das metas financeiras e operacionais, incentiva a identificação dos eventos adversos, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança. Promove o aprendizado organizacional a partir das ocorrências dos incidentes ou eventos adversos e proporciona recursos e estruturas organizacionais que priorizam a mitigação dos erros, criando um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente é valorizado como maior patrimônio da instituição (BRASIL, 2013a).

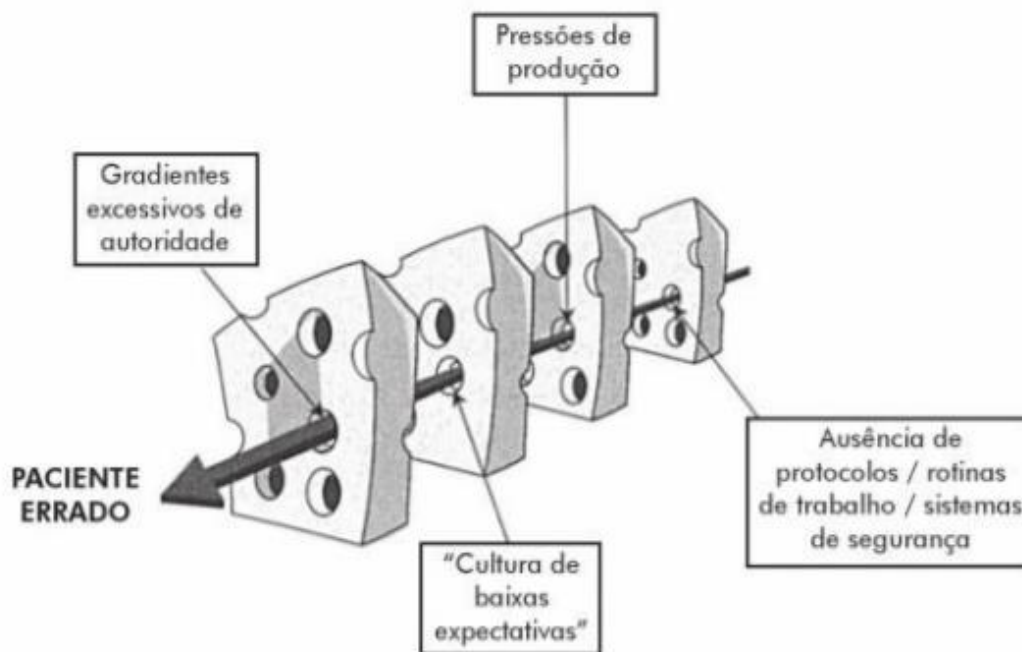
Na sociedade em geral e, principalmente, entre os profissionais de saúde, é nítida a cultura disseminada de que o profissional de saúde não erra. Entretanto, estudos realizados pelo IOM mostram que errar é humano e desmistifica esse conceito. Os serviços de saúde devem ser organizados considerando que erros humanos acontecem e que as instituições de saúde devem ser organizadas de forma a evitar que o erro atinja o paciente (BRASIL, 2014).

Reason (2000) desenvolveu um modelo chamado de queijo suíço para abordagem dos acidentes organizacionais. Essa teoria foi pioneira na utilização de análise de erros e incidentes relacionados à segurança do paciente.

A base dessa teoria é que os sistemas complexos, como as organizações de saúde, possuem barreiras para evitar que o erro ou incidente acometa os pacientes. São exemplos de barreiras os protocolos clínicos e sistemas de dispensação de medicamentos, porém, as próprias barreiras possuem suas fragilidades, considerando que são executadas pelas pessoas que são passíveis de erro. Essas fraquezas são classificadas por referido autor como “buracos no queijo suíço” e as barreiras como “pedaços de queijos alinhados em torno do alvo”, que,

nesse caso, é o paciente. Quando os erros ou incidentes conseguem ultrapassar as barreiras por meio dos “buracos” e atingem o paciente, podem causar danos chamados eventos adversos (REASON, 2000).

Figura 1. Modelo do queijo suíço de James Reason para os acidentes organizacionais



Extraído de: WACHTER, 2010, p. 36.

Reason (2000) propõe a forma de abordagem em relação aos erros ou incidentes centrados no indivíduo ou no sistema. A abordagem do erro centrado no indivíduo fortalece a cultura punitiva de culpa ou vergonha, enquanto a abordagem no sistema enriquece a cultura de aprendizado organizacional, fortalecendo uma cultura de segurança do paciente positiva.

Leape (2006) descreve em seus estudos que os eventos adversos não são causados por pessoas ruins, são resultados de sistemas mal planejados que induzem ao erro, transmutando o conceito de que o erro é meramente humano, para os sistemas que são falhos, e saindo do foco da cultura punitiva para a cultura justa de segurança do paciente.

Segundo Wachter (2010), o conceito de cultura justa é capaz de diferenciar um profissional cuidadoso e competente que comete erros de um profissional com um comportamento de risco consciente e arriscado.

A cultura de segurança pode apresentar-se em diversos graus de maturidade, indo desde a patológica até a proativa, como descreve Hudson (2003), nos cinco estágios de maturidade da cultura de segurança nas organizações.

O primeiro nível de maturidade, o autor classifica como uma **cultura patológica**, considerada o grau inferior da cultura de segurança, sendo a falta de segurança um problema causado pelo pelos próprios trabalhadores da instituição. No segundo estágio, **cultura reativa**, a organização começa a reconhecer a segurança com maior grau de seriedade, mas ainda limitada a ocorrência dos incidentes dos eventos adversos. Já no terceiro estágio, **cultura calculada**, existe um sistema de gerenciamento de risco, porém com padrão de gestão verticalizado e foco na coleta de dados, os processos de melhorias são impostos. No quarto estágio, a chamada **cultura proativa**, os funcionários da organização tomam iniciativa para a melhoria dos processos e, no quinto estágio, **cultura participativa**, considera-se o grau mais elevado de maturidade, no qual há a participação de todos os funcionários da instituição, com aumento da confiança e a segurança é inerente ao cotidiano profissional (HUDSON, 2003).

Quanto mais elevado é o grau de maturidade da instituição em relação à cultura de segurança, maior é a confiança e a responsabilidade de todos os componentes da equipe. Em contrapartida, uma cultura de segurança com um grau de maturidade baixo, revela uma instituição sem gestão na segurança, que pode evoluir de maneira indesejada (HUDSON, 2003).

O comprometimento e o desempenho dos profissionais são requisitos imprescindíveis na questão da segurança do paciente, porém, não é o bastante. As instituições de saúde necessitam de um ambiente de trabalho que supere a cultura tradicional da culpa e punição para um cenário de incentivo as notificações dos eventos adversos como ponto de partida de aprendizado organizacional. Almejando elevar o grau de maturidade da cultura de segurança do paciente para o nível de cultura de segurança do paciente participativa.

4.2 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Embora pareça óbvio que o paciente precisa estar seguro, não importando o processo de cuidado o qual será contemplado, muitas vezes não se tem noção de como se deve proceder para alcançar a articulação dos processos de trabalho e das informações que reflitam nos riscos a que está submetido o paciente. Diante dos dados publicados acerca dos eventos adversos nas instituições de saúde, o Brasil passou a reconsiderar sua posição em relação ao tema e levantar quais seriam as iniciativas nacionais mediante o cenário caótico que o sistema de assistência à saúde vem enfrentando atualmente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Os desfechos desfavoráveis que os eventos adversos podem trazer, como danos permanentes ou a morte, mesmo que não intencionais, reportam a um impacto significativo e são, com certeza, um problema de magnitude considerável. As campanhas internacionais, desafios, estratégias e alianças mundiais de diversos países encorajados pela OMS, impulsionaram o Brasil na instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013 que instituiu o programa cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Esta iniciativa tornou-se de grande importância na promoção da segurança na assistência à saúde e na qualidade do cuidado (BRASIL, 2013a).

O PNSP foi elaborado em ações, de modo a desencadear políticas de saúde existentes no país, que visem a redução de riscos e danos aos pacientes. Embasado nesse princípio, o Ministério da Saúde, por meio da ANVISA, publicou a RDC nº 36/2013, documento técnico que norteia a implantação dos NSPs nas instituições de saúde, com intuito de estabelecer a gestão de riscos (BRASIL, 2013f).

A RDC nº 36/2013 regulamenta as ações para a Segurança do Paciente em serviços de saúde, criando os Núcleos de Segurança do Paciente, que apresentam como uma de suas funções a promoção da Cultura de Segurança do Paciente mediante a implementação de Planos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

As diretrizes e princípios do Núcleo de Segurança do Paciente são pautados na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e a integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013f).

O NSP tem como finalidade a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, que contempla a identificação de falhas e a mitigação e/ou eliminação de eventos adversos. Deve, ainda, ser composto por uma equipe multiprofissional, com ações dedicadas à gestão da segurança; desenvolver e implementar uma cultura de segurança que perpassa por atitudes, crenças e percepções das equipes de saúde, com atuação mútua entre os profissionais; além de fomentar melhorias dos processos de cuidado, por meio da gestão de protocolos e fluxo de notificação de eventos (BRASIL, 2013f).

Complementam Oliveira et al. (2016), que o funcionamento dos NSPs nos serviços abrangidos pela referida RDC é compulsório, dado aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) o papel de fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

Autores como Figueiredo et al.(2014) assinalam que os NSPs hospitalares precisam estar atrelados de forma orgânica à direção e contar com uma agenda constante com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de enfermagem e as outras instâncias que gerem a assistência à saúde. Tais metas estão traduzidas em seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias nº. 1377/2013 e nº. 2095/2013 e estão relacionadas à identificação correta dos pacientes, efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, realização correta de procedimentos e cirurgias, redução da incidência de infecções, quedas e úlceras (BRASIL, 2013b, 2013c).

Segundo Nascimento e Draganov (2015), a implantação do NSP nas instituições de saúde apresenta-se como processo que exige a capacitação da maior abrangência possível de profissionais, objetivando o preparo para execução das funções de liderança e, também, a revisão da organização dos processos de trabalho instituídos nos serviços. Os autores reforçam a necessidade da articulação política entre os órgãos gestores das entidades hospitalares.

Esse processo visa, principalmente, a melhoria contínua do cuidado e do uso de tecnologias de saúde por meio de ações de gestão de risco, alicerçados por processos investigatórios de eventuais incidentes, que podem ou não gerar risco e dano aos pacientes expostos aos cuidados nas organizações e estabelecimentos de saúde. Deve atuar como articulador e incentivador dos demais departamentos e unidades do serviço de saúde que gerenciam riscos e promovam ações de qualidade (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Essa iniciativa demonstra um importante engajamento dos governantes e gestores para auxiliar na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, promovendo maior segurança para pacientes, profissionais e ambientes de assistência à saúde.

4.3 EVENTOS ADVERSOS NA MATERNIDADE

Os eventos adversos são considerados incidentes que resultam em dano desnecessário ao indivíduo, de caráter não intencional, associado ao cuidado à saúde prestado ao paciente. Apesar do aumento dos eventos adversos ter provocado debates em âmbito internacional, devido à relevância do assunto e à relação com o aumento de morbidades e do tempo de internações, onerando os custos dos tratamentos na saúde, percebe-se que muitas iniciativas

surgiram nas últimas décadas. Essas iniciativas têm o intuito de promover estratégias para garantir cuidados de saúde mais seguros, porém, pouco se discute sobre a implantação de medidas para reduzir riscos e aumentar a segurança em instituições de atendimento materno e neonatal (BRASIL, 2014).

A promoção da qualidade e a segurança do paciente na atenção materna e neonatal, considerando as peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo e à assistência recebida pelas mulheres e seus filhos, reveste-se de um caráter particular. Algumas questões específicas e relevantes devem ser pontuadas na implementação do Programa de Segurança do Paciente nas instituições que prestam assistência para as gestantes e seus filhos (BRASIL, 2014).

Os aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto podem trazer experiências negativas ou positivas para a mulher e suas famílias, que podem perdurar por todas suas vidas. Trata-se de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, portanto, a gravidez e o parto despertam expectativas positivas quanto aos seus resultados. Essa expectativa traz uma dificuldade para as mulheres, suas famílias e também para os profissionais em lidar com os resultados adversos que porventura possam ocorrer (BRASIL, 2014).

Embora a gestão de risco e a segurança do paciente sejam essenciais em todo o período do cuidado, a gravidez e o parto são processos fisiológicos normais que podem sofrer mudanças repentinas e intercorrências emergenciais, mudando completamente o curso do processo, aumentando a probabilidade de eventos adversos (BRASIL, 2014).

A assistência à maternidade significa o cuidado de duas ou mais vidas (a mãe e seu filho ou filhos) e em muitas situações surgem conflitos de interesses entre ambos, em que uma decisão deve ser tomada em detrimento de um para benefício do outro. Um exemplo clássico é a realização de uma cesariana devido a uma grave restrição de crescimento fetal, quando não há nenhum problema em relação à mãe (BRASIL, 2014).

Conquanto os eventos adversos em obstetrícia e neonatologia possam ser considerados raros em termos relativos, o número absoluto pode ser muito significativo tendo em vista a quantidade de mulheres e crianças que recebem assistência. Calcula-se que cerca de 2% das pacientes obstétricas sofram algum evento adverso com danos durante o parto (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado no Brasil, por meio de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional, apresenta análise dos dados do sistema de notificação brasileiro de EA, no período de 2007 a 2013, e estudo da influência dos EA no óbito neonatal precoce em

uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Esse estudo identificou que os tipos de incidentes mais comuns em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são os incidentes relacionados aos erros ou falhas no uso das medicações, infecções relacionadas aos cuidados à saúde, lesões cutâneas, ventilação mecânica e cateteres intravasculares (LANZILLOTTI, 2015).

Além disso, os eventos adversos mais relevantes encontrados no sistema de notificação brasileiro, no período do estudo foram: distúrbio de termorregulação (29%), distúrbio de glicemia (17%), infecções respiratórias de vias aéreas superiores de origem hospitalar (13,5%), extubação não programada (10%), óbito (6,2%), lesão de septo nasal (6%), relacionado ao cateter venoso central (6%), hipotensão (4,1%), insuficiência renal (4%), convulsões/estado do mal convulsivo (1,6%), enterocolite necrotizante (1%), hemorragia intraperiventricular (0,5%), pneumotórax (0,5%) e trombo (0,5%). Dentre os eventos adversos, o estudo também demonstrou que a extubação não programada foi causa de influência de óbito nesse grupo estudado (LANZILLOTTI, 2015).

Em relação à assistência obstétrica e neonatal ainda pode-se discutir sobre a elevada incidência de intervenções desnecessárias e potencialmente perigosas, por exemplo, a cesariana sem indicação clínica, o uso indiscriminado de ocitocina e a episiotomia de rotina. (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG, entre 2011 e 2013, por meio de um inquérito sobre parto e nascimento, evidenciou que mesmo em instituições que se empenham nas práticas de modelo de atenção obstétrica segura, as práticas de intervenções consideradas prejudiciais, como posição deitada (66,8%) e Kristeller (9,3%), ainda estão presentes, e práticas consideradas inapropriadas, se usadas sem critérios, como amniotomia (67,1%), ocitocina (41,7%) e episiotomia (8,4%), ainda são usadas indiscriminadamente (SOUSA et al., 2016).

Considerando que os eventos adversos têm como fatores contribuintes os processos no sistema assistencial associado aos fatores humanos, e que a tratativa deles pode ser uma oportunidade de organizar as instituições de saúde com construção de barreiras fortes que mitiguem os eventos adversos, a abordagem ancorada pela cultura de segurança transparente no processo de análise das causas e o não julgamento irão contribuir para evitar o aparecimento de novas falhas, promovendo o aprendizado organizacional e a segurança do paciente e do profissional.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

A promoção da cultura de segurança do paciente prevê a realização periódica de avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição e para tal procedimento deve ser utilizados questionários validados que abrangem as várias dimensões que compõem os domínios da cultura de segurança do paciente. Essa avaliação permite a realização do diagnóstico da cultura de segurança do paciente e a conscientização dos funcionários sobre a temática, além de ser uma ferramenta útil de análise e intervenções necessárias para a promoção da cultura de segurança do paciente no ambiente de saúde. A mensuração da cultura de segurança do paciente pode ser um instrumento empregado no planejamento de estratégias ou ações com foco em melhorias da qualidade da assistência prestada, podendo ser a primeira etapa para promover uma cultura de segurança na instituição de saúde (REIS, 2013).

Para a mensuração da cultura de segurança no paciente nas instituições de saúde, estudos apontam que existem três modelos de abordagens metodológicas que podem ser empregados na avaliação da cultura de segurança: abordagem epidemiológica, sociológica e socioantropológica, essas abordagens derivam dois métodos de mensuração, o quantitativo e o qualitativo. Sendo que o quantitativo, por meio da aplicação de questionário de autopreenchimento, é o mais utilizado e permite elencar as informações trazidas pelos funcionários a respeito das percepções e os comportamentos dos funcionários, identificando as unidades ou setores de maiores fragilidades (NASCIMENTO, 2011).

Essas abordagens permitem identificar o clima de segurança do paciente na instituição. A mensuração da cultura de segurança do paciente compreende a coleta de dados qualitativos, embora seja raro, é mais fidedigna e pode ser muito útil nas organizações de saúde, permitindo coleta de informações específica da instituição pesquisada para validação e complementação dos resultados dos estudos quantitativos (NASCIMENTO, 2011).

Para o presente estudo, adotou-se a coleta de dados quantitativos e qualitativos na modalidade Pesquisa Ação, sendo utilizados como instrumentos para coleta de dados quantitativos a aplicação do questionário Atitudes Seguras e, para os dados qualitativos optou-se por utilizar a técnica do grupo focal.

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLOGICO

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa do tipo descritiva, mediada pela Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico, cujo método de coleta de dados compreendeu dados quantitativos e qualitativos.

De acordo com Flick (2009), a pesquisa qualitativa dispõe de várias características próprias: utiliza o texto como material empírico, parte da noção da construção social das realidades em estudo, possuem interesse nas perspectivas dos participantes, em sua prática do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo.

Gil (1999) corrobora que a pesquisa descritiva tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.

Para Triviños (1987, p.110), “o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade”, utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura.

Vergara (2000) argumenta que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Complementa afirmando que a pesquisa descritiva "não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação"(VERGARA, 2000, p.47).

A denominação da pesquisa quantitativa é de origem do uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, permitindo a utilização de técnicas estatísticas, cujo objetivo é evitar possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança. Por meio da análise das variáveis mensuráveis e preposições prováveis, além de quantificar os dados, a pesquisa quantitativa procura aplicar a análise estatística, utilizando de variáveis passíveis de mensuração com análise de dados numéricos (MALHOTRA, 2001; DALFOVO et. al., 2008).

Embora muito difundida no meio educacional, a Pesquisa-Ação caracteriza-se como uma metodologia aplicada na área de saúde, em particular pela enfermagem, devido ao caráter prático profissional, com intuito de instigar os profissionais para uma prática crítica e reflexiva. Considerando que a Pesquisa-Ação é participativa e que é necessário o engajamento

tanto do pesquisador quanto dos indivíduos pesquisados, e que esses podem colaborar de forma cooperativa, esta metodologia pode contribuir com a mesclagem pesquisa e ação no ambiente de pesquisa delineado e com foco de intervenção no trabalho (GRITTEM et al., 2008).

Dentre as características da Pesquisa-Ação, Franco (2005), sintetizando a descrição de Lavoie et al. (1996), pontua as considerações de uma pesquisa com abordagem social associada a uma estratégia de intervenção dinâmica, com proposta de mudança no cenário, compreendendo como resoluções dos problemas e/ou produção do conhecimento, e/ou melhoria de uma determinada situação pautada na construção coletiva. A pesquisa é realizada a partir de uma situação real e cotidiana, por meio de uma metodologia flexível, ajustável progressivamente aos acontecimentos, permitindo uma comunicação sistemática entre seus participantes e auto avaliação durante o percurso da pesquisa ação. Com caráter inovador e uma gestão coletiva, enfatiza a flexibilidade e os ajustes progressivos, no qual o pesquisador é participante e vice-versa.

5.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

5.2.1 Aspectos Éticos

Em atendimento à Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos Brasil (2013e), este projeto, após aprovado na instituição acadêmica, na qual se insere o Programa do Curso de Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde, foi registrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), tendo sido aprovado em 17 de setembro de 2019, sob o CAAE: 18928619.3.00005149 e o número do parecer: 3579.577.

O parecer continha solicitação para submissão ao Comitê de Ética do Fundo Municipal de Saúde de Betim como instituição coparticipante, tendo sido encaminhado e obtida aprovação, em relação às implicações éticas da pesquisa, no dia 20 de novembro de 2019, número do CAEE: 18928619.3.30015651 e o número do parecer: 3.714.568. Após aprovação final do projeto, a coleta de dados foi iniciada na Maternidade Pública de Betim *Haydée Espejo Conroy*.

Em relação aos participantes da pesquisa, foram realizados esclarecimentos prévios sobre os objetivos do estudo, tanto antes da entrega dos questionários, quanto dos grupos

focais, sendo dada garantia de anonimato, sigilo e privacidade. Ressalta-se, ainda, que todos os voluntários do estudo assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação nesta pesquisa (APÊNDICE A e B).

5.2.2 Cenário do Estudo

Estudo realizado na Maternidade Pública Municipal de Betim *Haydée Espejo Conroy*, conhecida como Maternidade Pública Municipal de Betim – MPMB, inaugurada em 1994, presta atendimento integral às mulheres nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital, com ênfase nas especialidades obstétrica e ginecológica, bem como nos recém-nascidos, sendo essa clientela 100% usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição possui 56 leitos distribuídos entre atenção gineco-obstétrica e neonatal. Atualmente composta com 34 leitos de alojamento conjunto, 5 leitos de pré-parto e 17 leitos de neonatologia, sendo: 2 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), 14 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 1 leito de Unidade de Isolamento. Possui 1 bloco obstétrico com 3 salas equipadas, sendo uma para parto normal, uma para parto Cesário e outra destinada a procedimentos mais simples.

Tem uma rede de apoio e diagnóstico como ultrassom obstétrico que atende as demandas urgentes. Possui, também, laboratório de análise clínicas para exames clínicos de rotinas básicos. Sendo que os exames mais elaborados são encaminhados para o hospital regional do Município ou laboratórios conveniados pela Prefeitura Municipal de Betim.

A maternidade possui um aparelho de RX portátil em que são realizados RX dos RN's. Exames de imagens de alto custo como tomografia, ultrassom de transfontanela, ressonância etc., são solicitados com marcação via regulação e os pacientes serão encaminhados para realização fora da unidade.

A unidade não possui banco de sangue, quando ocorre a necessidade de hemotransfusão a solicitação é feita para o banco de sangue do hospital regional e viabilizado por meio de contato telefônico e transporte administrativo. Na instituição é oferecido o teste da orelhinha para os RN's, conta com outros serviços internos de apoio da instituição como: sala de vacina, teste do coraçãozinho, Central de Material Esterilizado (CME), farmácia, almoxarifado, lactário, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e rouparia.

O Núcleo de Segurança do Paciente foi implementado considerando a especificidade da assistência materno e infantil, contexto que a Maternidade está inserida, a política de saúde pública atual e as pactuações do Município de Betim com o Ministério da Saúde, envolvendo os programas Hospital Amigo da Criança e Rede Cegonha, nos quais existem indicadores que devem ser alcançados como meta da instituição. Esse Núcleo tem como objetivo atender as normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, reduzir a ocorrência dos eventos adversos e fomentar a cultura de segurança do paciente na instituição.

A instituição está em processo de transferência do local de funcionamento. A estrutura física, além de estar em condições precárias, não comporta toda a demanda assistencial. Encontra-se em fase de construção, um novo prédio onde irá funcionar um Centro Materno Infantil, unindo as duas maternidades do Município de Betim, uma que funciona dentro do Hospital Público Regional de Betim. Essa fusão pretende melhorar a assistência às gestantes e parturientes do Município de Betim e das cidades adjacentes atendidas.

5.2.3 Sujeitos da Pesquisa e Critério de Inclusão e Exclusão

A instituição é composta por uma equipe multidisciplinar que atende todas as demandas assistenciais e administrativas da unidade, sendo todos os servidores públicos, concursados ou contratados por processo seletivo simplificado, exceto a equipe da higienização e limpeza hospitalar que é vinculada a uma empresa terceirizada. Em média, a equipe possui 215 profissionais entre a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e fisioterapeuta), e a equipe de apoio diagnóstico e administrativo. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar, tanto a equipe assistencial como a equipe de apoio diagnóstico e administrativo do quadro de servidores da Maternidade Pública Municipal de Betim, do Estado de Minas Gerais, foram convidados a participar da pesquisa.

A seleção dos sujeitos para a participação da pesquisa foi por meio de convite dirigido ao servidor informando sobre a forma de participação e esclarecendo que estas seriam realizadas no local e horário de trabalho. A participação foi voluntária e não acarretou nenhum ônus para os participantes. O critério de exclusão foi a não aceitação por parte do profissional em participar da pesquisa, bem como os profissionais que não estavam presentes na instituição no período da coleta de dados, por algum motivo como férias ou licença médica prolongada.

5.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo que para a coleta de dados quantitativos foi aplicado o Questionário de Atitudes Seguras (Anexo A) e, para a coleta dos dados quantitativos foram realizados grupos focais.

Na coleta dos dados quantitativos a pesquisadora compareceu nos plantões no horário de trabalho dos servidores, no período de 01 de dezembro de 2019 a 18 de dezembro de 2019. A pesquisadora, respeitando o horário em que os mesmos não estavam realizando nenhum procedimento ou atendimento ao paciente, abordou os servidores convidando-os a responder o Questionário Atitudes Seguras. Nesse momento, além de todo esclarecimento a respeito do anonimato, sigilo e a participação voluntária na pesquisa, ainda foi esclarecido a respeito do preenchimento do questionário.

No momento em que o servidor manifestou interesse em participar da pesquisa foi entregue o questionário juntamente com o TCLE em duas vias, ressaltando a necessidade de devolvê-lo em mãos à pesquisadora após o preenchimento e assinatura, enfatizando a importância desta devolução para posterior avaliação dos dados obtidos. Cada participante foi esclarecido também de que não faz parte dos objetivos qualquer forma de punição ou julgamento pessoal e que eles poderiam retirar sua autorização para participação a qualquer momento.

Foi entregue em mãos um total de 122 questionários e devolvidos 69, sendo que desses somente 61 estavam com o TCLE assinado e, por esse motivo, foram considerados válidos para a pesquisa. Para evitar que os questionários ficassem junto com o TCLE e a possível identificação dos participantes, os questionários devolvidos foram armazenados em uma pasta própria e os TCLE assinados foram armazenados em um envelope pardo sem identificação externa.

O instrumento utilizado para coleta dados quantitativos foi o Questionário Atitudes Seguras (SAQ) '*Safety Attitudes Questionnaire*', traduzido e adaptado para o Brasil em 2011, por Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, em sua tese de doutorado intitulada "Adaptação Transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário Atitudes de Segurança". O instrumento foi construído por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, nos Estados Unidos, e encontra-se disponível, de forma gratuita e eletrônica na versão em inglês, validado para aplicação em todo território nacional (CARVALHO, 2012).

Esse instrumento é composto por 36 questões, que se referem à percepção sobre segurança do paciente, permitindo a mensuração da cultura de segurança do paciente com os profissionais da instituição onde está sendo aplicado. Ele mensura a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança por meio de seis domínios: 1. Clima de Trabalho em Equipe; 2. Clima de Segurança; 3. Satisfação no Trabalho; 4. Percepção do Estresse; 5. Percepção da Gerência e 6. Condições de Trabalho.

Cada domínio é subdividido em itens, sendo que cada item corresponde a uma questão com a possibilidade das seguintes respostas: A- discorda totalmente, B- discorda parcialmente, C- neutro, D- concorda parcialmente, E- concorda totalmente e X- não se aplica. A resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de Likert.

Quanto à pontuação, foram denominados com a seguinte distribuição: A- discorda totalmente corresponde a 0, B- discorda parcialmente corresponde a 25, C- neutro corresponde a 50, D- concorda parcialmente corresponde a 75, E- concorda totalmente corresponde a 100, e o X – não se aplica que corresponde a 0. Os escores são contados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, assim, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. O escore do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual ou valor superior a 75 (CARVALHO, 2012).

Para realizar a coleta dos dados qualitativos, ou seja, a percepção dos servidores sobre a cultura de segurança do paciente após a implantação do NSP na instituição, a pesquisadora utilizou a técnica de grupo focal. Nesses grupos foram conduzidos a partir de questões norteadoras sobre os domínios chaves para a construção do diagnóstico da cultura de segurança do paciente: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do profissional quanto à gerência da unidade, clima de segurança, condições de trabalho e fatores estressores.

Segundo Iervolino e Pelicioni (2001), o grupo focal é uma técnica de coleta de dados de natureza qualitativa e sua fundamentação está pautada no discurso dialético e interação entre os participantes. Pressupõe a construção do conhecimento em espaço de intersubjetividade, caracterizado como um recurso que permite compreender o processo de constituição das percepções, atitudes e representações sociais nos grupos humanos. Nessa técnica a riqueza é a interação que se estabelece entre os participantes.

A coleta de dados por meio do grupo focal possui a vantagem da tendência do indivíduo de formar opiniões e atitudes a partir da interação com outros indivíduos. Essa

metodologia permite captar a formação de opinião no processo de interação dos membros dos grupos sobre um determinado tema proposto pelo moderador do grupo.

De acordo com Madriz (*apud* Borges e Santos, 2005), relata que comparando o grupo focal com a entrevista individual, o primeiro método de coleta de dados permite ao pesquisador capturar a interação entre os participantes do grupo. Outra vantagem é que essa técnica diminui a interação entre o pesquisador com os membros do grupo, e acredita-se que ocorre uma redução da influência do pesquisador sobre os membros do grupo pesquisado.

Os grupos focais foram planejados para acontecerem em todos os plantões identificados como A, B e C, contemplando os servidores da escala 12/60, e nas segundas, terças e quartas-feiras para contemplar os servidores da escala fixa da semana. Os horários para realização dos grupos foram planejados considerando o local, o refeitório, respeitando a disponibilidade de horário. A pesquisadora compareceu nos setores convidando os servidores a participarem do grupo focal e esclarecendo todas as dúvidas a respeito do objetivo, duração e tema do grupo focal, bem como o anonimato, sigilo e voluntariado em participar da pesquisa. Após o convite e aceitação em participar, foram programados quatro grupos focais, sendo dois no plantão A (diurno e noturno) e dois no plantão C (diurno e noturno). Tendo em vista o déficit na escala de pessoal e, em consequência, o fato de o servidor atuar também em outros plantões em regime de horas extras, os servidores que aceitaram participar da pesquisa já haviam sido contemplados nos plantões A ou B.

Os grupos focais foram realizados nos dias 09 e 10 de dezembro de 2019, no horário de 16:00 horas e à noite às 21:00 horas, com duração em torno de 40 minutos e um total de 39 participantes, sendo a média de 9 participantes por cada grupo focal. Entre as categorias profissionais presentes estavam enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de raio X e pessoal da área administrativa. Não houve a participação de médicos, fisioterapeutas e outros profissionais da área da saúde.

5.2.5 Procedimentos para Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando dois métodos de análise de acordo com a natureza e características dos dados coletados. Para a análise dos dados de natureza qualitativa utilizou-se o método de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo é uma técnica empregada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendo como foco principal a interpretação do conteúdo das conversações, partindo do princípio do registro, transcrição dos dados e construção das categorias de análise.

As falas oriundas das discussões no grupo focal, após serem gravadas, foram transcritas na íntegra, permitindo esclarecimento do conteúdo das mensagens. Na pré-análise foram realizados o agrupamento e a classificação das mensagens; uma leitura flutuante das transcrições proporcionou um contato com as falas dos membros do grupo focal e possibilitou conhecer as mensagens produzidas. Agrupamentos e classificação das mensagens serão confeccionados para facilitar e otimizar os procedimentos de pré-análise.

Após a definição das categorias, o ponto de análise será do tipo temático. Segundo Franco (2005), o tema é uma pré-exposição sobre um determinado assunto, que pode ser uma frase ou até mesmo parágrafo, que envolve o aspecto pessoal do respondente em relação ao significado de uma palavra e/ou conotações conferidas a um conceito. O tema é considerado a unidade útil de registro da análise de conteúdo.

Para a análise dos dados de natureza quantitativa utilizou-se as análises descritivas do perfil dos participantes e dos escores referentes ao Questionário Atitudes Seguras, sendo apresentadas as análises descritivas do perfil dos participantes e dos escores referentes às questões do questionário. Na análise descritiva apresenta-se a frequência e proporção para as variáveis categóricas e média, desvio padrão, mediana e quartis para as variáveis contínuas. As análises foram realizadas no *software* STATA (*Stata Corporation, College Station, Texas*) versão 12.0e gráficos no *Excel* 2016, considerando um nível de 5% de significância.

6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo buscou avaliar a implementação do NSP a partir da mensuração da cultura de segurança do paciente na instituição. Segundo Contandriopoulos (2011), avaliar a implementação de uma intervenção, para que possam produzir individualmente ou coletivamente um julgamento capaz de traduzir em ações, corrobora com a pretensão deste estudo.

O cenário de análise da intervenção foi pautado no contexto interno, adotado aqui como o ambiente da organização em todas as suas dimensões e engloba a cultura organizacional. O contexto interno pode ser gerenciado integralmente pela direção da instituição, enquanto que o contexto externo está relacionado ao ambiente econômico, social e político que a instituição está inserida, e a gestão local não possui governabilidade sobre este contexto (PETTIGREW, 1985).

Em relação à análise do contexto social interno da intervenção, esse pode ser estudado a partir de suas dimensões: material, simbólica, relacional e institucional, que podem ser pontos de fragilidades ou potencialidade para segurança do paciente (CAMPBELL; CORNISH, 2010, 2012).

Para manter a perspectiva sistêmica, a pesquisa adotou a coleta de dados quantitativa e qualitativa. A qualitativa por meio da aplicação do grupo focal e a quantitativa por meio de aplicação do Questionário de Atitude Segura, *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

6.1 DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS DOS GRUPOS FOCALIS

Os encontros aconteceram no mês de dezembro de 2019 e contou com a participação dos servidores da MPMB. A pesquisadora compareceu nos setores, com antecedência, convidando os servidores a participarem do grupo focal, detalhando o objetivo da pesquisa, o horário e local, a fim de que os servidores pudessem se organizar para participar da atividade, sem comprometer a assistência aos pacientes. Os encontros ocorreram no refeitório da instituição, em dois dias consecutivos e nos plantões diurno e noturno, perfazendo um total de quatro encontros, com início às 16 horas e término às 17 horas no turno diurno, e às 21 horas e término às 22 horas no turno noturno. Para iniciar o grupo focal foi necessário aguardar por alguns minutos a chegada de todos os participantes. A organização das cadeiras foi em torno

de uma mesa, em círculo, para permitir o contato visual de todos os participantes e posicionamento do gravador.

Os encontros foram coordenados pela pesquisadora, que se apropriou dos aspectos metodológicos e dos objetivos da pesquisa para exercer o papel de facilitador. A seguir a facilitadora explicou a metodologia que seria adotada na condução do grupo, ressaltando que o interesse da pesquisadora era o de avaliar a implementação do NSP-MPMB, a partir das percepções do grupo quanto a cultura de segurança do paciente.

Realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), reforçando os objetivos da pesquisa e sua importância ética e ressaltada a preocupação em garantir a privacidade e anonimato dos participantes, uma vez que seria feita a gravação de voz, por ser fundamental para a transcrição e análise da pesquisa. Com a presença dos convidados foi estabelecido um acordo para início do debate com disposição, envolvimento e interesse de todos, manifestando espontaneamente o caráter interdisciplinar do grupo, que passou rapidamente da pertinência à cooperação necessária para a continuidade e andamento do clima grupal, que transcorreu de forma tranquila e participativa.

São descritas a seguir as principais observações, impressões, conteúdos e percepções das experiências dos atores: houve uma preocupação evidente da facilitadora com a flexibilidade do roteiro, o respeito ao propósito da pesquisa e em assegurar o foco no tema de maneira a permitir uma discussão rica. O fato de a equipe já trabalhar coletivamente, permitiu uma comunicação efetiva e grande sintonia no desdobramento do tema.

Ao longo dos encontros ficou clara a relação de confiabilidade estabelecida entre o grupo e a pesquisadora. Como alguns participantes tendem a ter falas dominantes, houve preocupação em incentivar a participação mais ativa do restante do grupo, para que todos pudessem expressar suas opiniões. Um aspecto que foi percebido no decorrer do debate foi a satisfação dos servidores por participarem nos processos de implementação do NSP-MPMB, principalmente em relação aos treinamentos e debates que surgiram ao longo do ano. Outro ponto de destaque foi a preocupação do grupo em relação à transferência da instituição para outro local em construção e a fusão com a Maternidade do Hospital Regional do Município de Betim, com relatos e comportamentos de angústia e desesperança quanto ao futuro.

Para a realização da Análise de Conteúdo, as entrevistas foram transcritas, realizando-se leituras exaustivas, separando-as por cores e agrupando as idéias semelhantes, o que tornou possível a codificação de todas, que originaram temas em comum, que são as Unidades de Significação. As ênfases dadas pelas falas dos participantes em alguns trechos de seus discursos foram negritadas, visando dessa forma facilitar o entendimento do sentido dado por

eles em suas falas. Foram utilizadas as seguintes abreviações para caracterizar os grupos de participantes: GF1 – Grupo Focal 1; GF2 – Grupo Focal 2; GF3 - Grupo Focal 3e GF4 – Grupo Focal 4, seguido da abreviatura da categoria profissional - Técnico de Enfermagem (TEC), Enfermeiro (ENF), Administrativo (Adm), Farmacêutico (FAR).

Dessa síntese, emergiram cinco categorias analíticas:

1ª Categoria: Clima de segurança x Cultura de segurança do paciente

2ª Categoria: Clima do trabalho em equipe x Satisfação no trabalho

3ª Categoria: Condições de trabalho x Percepção do estresse x Gerência

4ª Categoria: Identificação Correta do paciente x Cultura de segurança do paciente

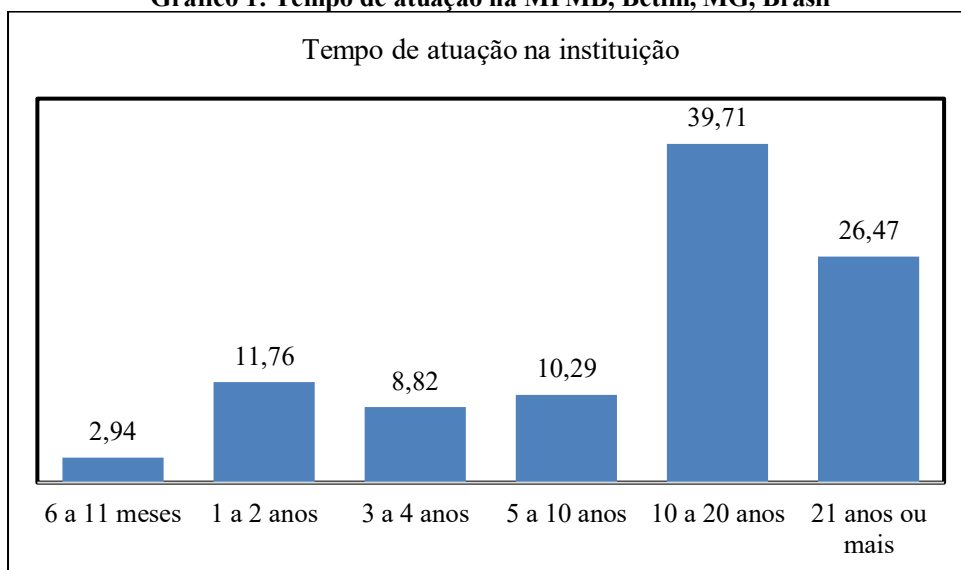
5ª Categoria: Segurança na administração de medicamentos x Cultura de segurança do paciente.

6.1.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa

Os questionários foram aplicados no mês de dezembro de 2019 e foram entregues 122 questionários, dos quais foram devolvidos 70 (57,38%) e, desses, somente 61 (50%) questionários foram considerados válidos, ou seja, respondidos e com TCLE devidamente preenchido e assinado.

Os encontros para realização dos Grupos Focais contaram com a participação de 39 servidores, componentes da equipe da instituição estudada, sendo predominante a participação da equipe de enfermagem. Dos 39 servidores, 8 eram Enfermeiros (20,51%), 25 Técnicos de Enfermagem (64,10%), 2 Farmacêuticos, 3 servidores da área administrativa e 1 Técnico de RX. Ressalta-se que nenhum profissional médico aceitou participar desta etapa da pesquisa, alegando falta de tempo. No total de participantes dos grupos focais, 35 (89,7 %) eram do sexo feminino e 4 (10,3%) do sexo masculino.

Analisando o perfil de participação da equipe na aplicação dos questionários antes e após a implementação do NSP-MPMB, em relação ao tempo de atuação na instituição, é perceptível a queda no percentual dos servidores acima de 21 anos de 45,83% em janeiro de 2019, conforme aponta estudo realizado no início da implementação do NSP, pela pesquisadora (FERREIRA; MELO, 2019) para 26% em dezembro de 2019, conforme demonstrado no **Gráfico 1**.

Gráfico 1: Tempo de atuação na MPMB, Betim, MG, Brasil

Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

Algumas considerações neste aspecto são importantes pontuar: a equipe sofreu pequenas mudanças no decorrer do ano de 2019. A maternidade foi inaugurada há 25 anos e a equipe de servidores foi selecionada por meio de concurso público, e muitos desses servidores atuam na instituição até o presente momento.

Com a transferência da Maternidade para um novo espaço físico, denominado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim como Centro Materno Infantil e, incitados pela promulgação da Emenda Constitucional nº. 103, de 2019, que muda as regras da aposentadoria para os trabalhadores do setor privado e da União, consolidado pela Reforma da Previdência, os servidores que já possuem condições necessárias para aposentadoria estão optando por encerrar a carreira profissional na instituição. Em dados fornecidos pelo setor de recursos humanos da maternidade, no ano de 2019, a baixa de servidores por aposentadoria foi de aproximadamente 10% em todas as categorias profissionais (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Técnico de Enfermagem e Administrativo).

Até o momento, não houve reposição da equipe pela Secretaria Municipal de Saúde, o que exigiu medidas gerenciais para manutenção das atividades, entre elas, adequação de jornadas e horas extras dos servidores da instituição. Especialmente, em relação à equipe médica, em que o déficit de profissionais foi maior. A prefeitura firmou um contrato com uma empresa terceirizada que gerencia os plantões com déficit para a reposição desses profissionais, sendo que esses não possuem vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde e, na maioria, são recém-formados.

Embora o objeto de estudo desta pesquisa tenha sido a equipe assistencial, de apoio e administrativo, os resultados foram equiparados com outros estudos realizados no Brasil, cujo perfil das equipes era predominantemente a equipe de enfermagem. Foram analisados sete estudos realizados no Brasil e um na Argentina, sendo que destes somente dois envolviam a equipe multiprofissional. Ressalta-se que nenhum dos estudos analisados, realizou a aplicação do questionário para medir a segurança do paciente com a equipe de apoio e de administração. (MELLO; BARBOSA, 2013; CARVALHO et al., 2015; BATALHA; MELLEIRO, 2016; CRISTINA, 2016; RAQUEL et al., 2016; SILVA; MELLEIRO, 2017; ROCHELI et al., 2017; SCHWONK et al., 2016).

Entretanto, considera-se neste estudo que a cultura de segurança do paciente perpassa em todo o processo de atendimento ao paciente na instituição e todos os profissionais e servidores estão direta ou indiretamente envolvidos com a segurança do paciente, desde a porta de entrada até a alta hospitalar. Nesse percurso, oferecer uma assistência à saúde segura está implícito todos os procedimentos, como a realização da ficha de atendimento pela recepção até o procedimento de alta complexidade como uma cirurgia.

Corroborando com este estudo, Lima Jr et al., (2019) destacam que promover a segurança do paciente significa trabalhar com o gerenciamento dos riscos em saúde. O gerenciamento de risco em saúde engloba todas as atividades clínicas e administrativas e envolve tanto a equipe assistencial, administrativa como os pacientes e familiares. Os riscos clínicos são os que estão diretamente relacionados no cuidado e desfecho dos pacientes, e os não clínicos, aos processos de trabalho complexos e ao ambiente de trabalho.

Considerando as subculturas existentes dentro das instituições Pronovost e Sexton (2005) afirmam que a coleta e análises dos dados referentes à mensuração da cultura de segurança sejam realizadas nas unidades ou setores da organização ou por categorias profissionais. Entretanto, Gaba (2000) sugere que é importante investigar todos os níveis de análise, e nesse caso as informações trazidas de diferentes grupos são complementares.

Ainda, em relação à participação dos servidores na pesquisa é importante destacar que mesmo envolvendo a equipe multiprofissional ainda é expressiva a participação da equipe de enfermagem, constatando-se que 69,33% responderam os questionários e 84 (61%) participaram dos grupos focais. Em relação ao gênero dos participantes constata-se que 80% dos respondentes dos questionários e 89,7% dos participantes dos grupos focais são mulheres. Esses achados corroboram com estudos na área da saúde, em particular, da enfermagem, profissão tipicamente feminina, que podem ser confirmados em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em

2013, na qual 84,7% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino (FIOCRUZ; COFEN, 2017).

A seguir sintetizamos um quadro com as categorias profissionais dos participantes no estudo.

Quadro 1: Perfil das categorias profissionais dos participantes do estudo MPMB, Betim, MG, Brasil.

Categorias Profissionais	Nº de Participantes dos Questionários	%	Nº Participantes dos Grupos Focais	%
Enfermeiros	11	18,03%	8	20,51%
Técnicos e auxiliares de enfermagem	30	49,18%	25	64,10%
Médicos	4	6,55%	0	-
Fisioterapeutas	1	1,63%	0	-
Farmacêutico	2	3,27%	2	10,25%
Administrativos e Apoio	12	21,31%	4	20,50%
Total	61	100%	39	100%

Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019

6.2 CLIMA DE SEGURANÇA X CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

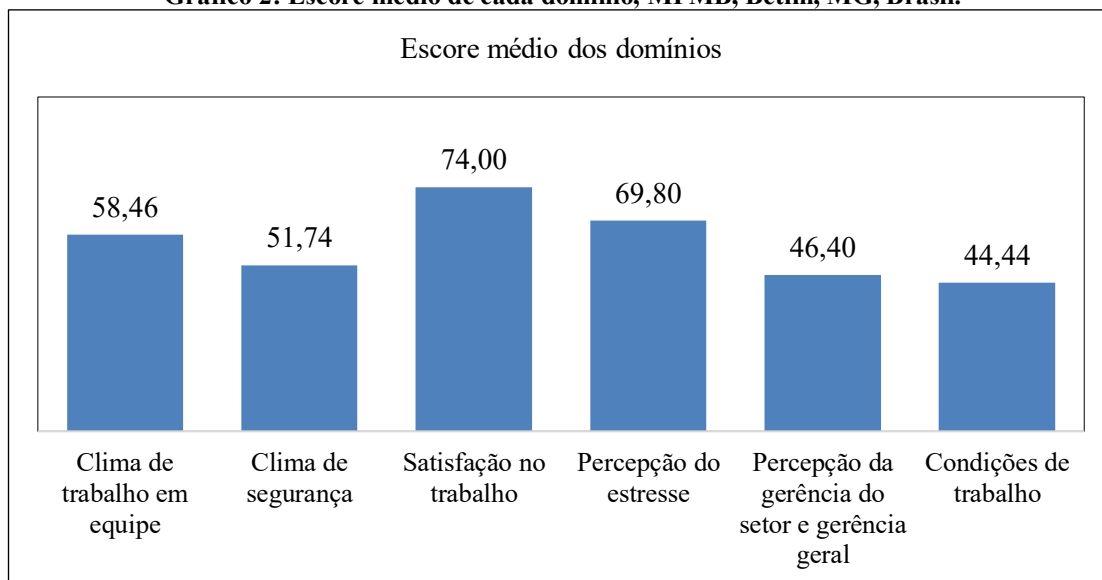
O diagnóstico do clima de segurança do paciente na instituição em estudo foi obtido por meio da resposta ao Questionário Atitude Segura. Esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança por meio de seis domínios: 1. Clima de Trabalho em Equipe; 2. Clima de Segurança; 3. Satisfação no Trabalho; 4. Percepção do Estresse; 5. Percepção da Gerência e 6. Condições de Trabalho.

Os escores são contados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. O valor do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual ou maior do que 75 (CARVALHO; CASSIANE, 2012).

Na análise dos questionários extraímos os escores de cada domínio. O domínio “satisfação no trabalho” foi o domínio que apresentou maior escore médio, enquanto o

domínio “condições de trabalho” foi o que obteve o menor escore, conforme resultados demonstrados no **Gráfico 2**.

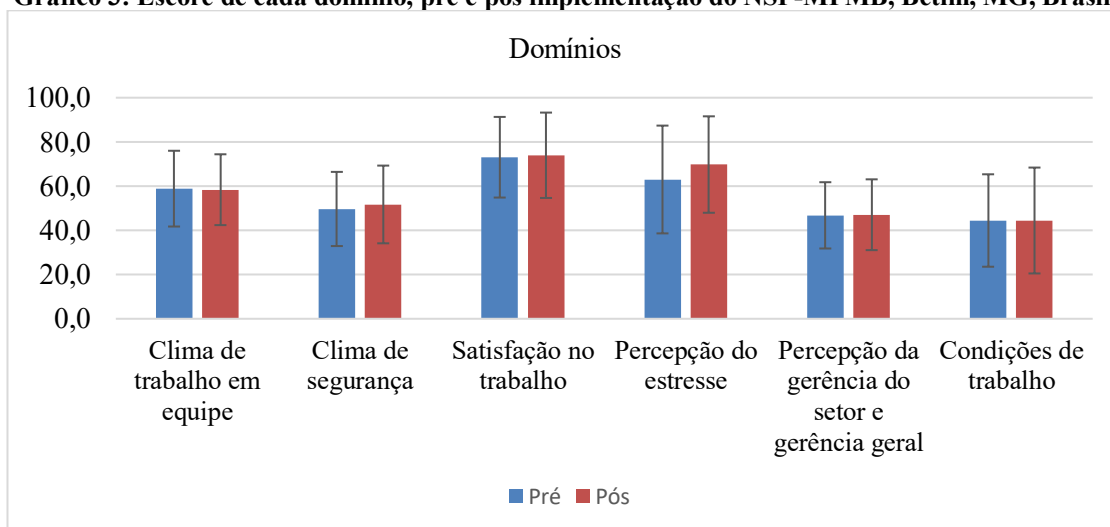
Gráfico 2: Escore médio de cada domínio, MPMB, Betim, MG, Brasil.



Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

Observando os escores alcançados desde o momento anterior à implementação do NSP, relatados por Ferreira e Melo (2019), os escores apresentam distribuição muito semelhantes, conforme demonstrado no **Gráfico 3**.

Gráfico 3: Escore de cada domínio, pré e pós implementação do NSP-MPMB, Betim, MG, Brasil.



Extraído de: Própria autoria, janeiro e dezembro de 2019

Em relação aos dados acima demonstrados, a semelhança dos escores antes e após a implementação do NSP na Instituição, podem estar relacionados a vários fatores, um desses fatores diz respeito ao tempo em que foi realizada a avaliação da implementação, ou seja, dez meses após iniciada a implementação do Núcleo.

Embora não fica claro em estudos anteriores o tempo estimado para a avaliação das mudanças na cultura de segurança do paciente na instituição, sabe-se que as mudanças serão percebidas com mais ênfase, transcorrido tempo suficiente para mudança de comportamento dos profissionais. No entanto, para que isso aconteça, faz-se necessário conhecer o nível de envolvimento dos profissionais em relação às dimensões que compõem o contexto interno da instituição.

Um estudo realizado por Waleed et al. (2019) sobre o período de avaliação de um programa de segurança do paciente, mencionam que não há um tempo ideal, pois existem fatores que podem influenciar diretamente o resultado, tais como as mudanças de protocolos e políticas institucionais. Além disso, as variações de metodologias e dos investimentos de cada implementação e as intervenções são variadas, compreendendo desde restrita até as mais abrangentes. Apesar dos autores não terem um consenso em relação ao tempo, reafirmam que a avaliação é um passo essencial no planejamento de medidas mais eficazes nos programas de segurança do paciente. Apontam, ainda, que o uso de métodos quantitativos permite uma avaliação mais generalizada, enquanto que métodos qualitativos permitem explicar as variações dos resultados e que o questionário atitudes seguras foi o mais utilizado nos estudos realizados.

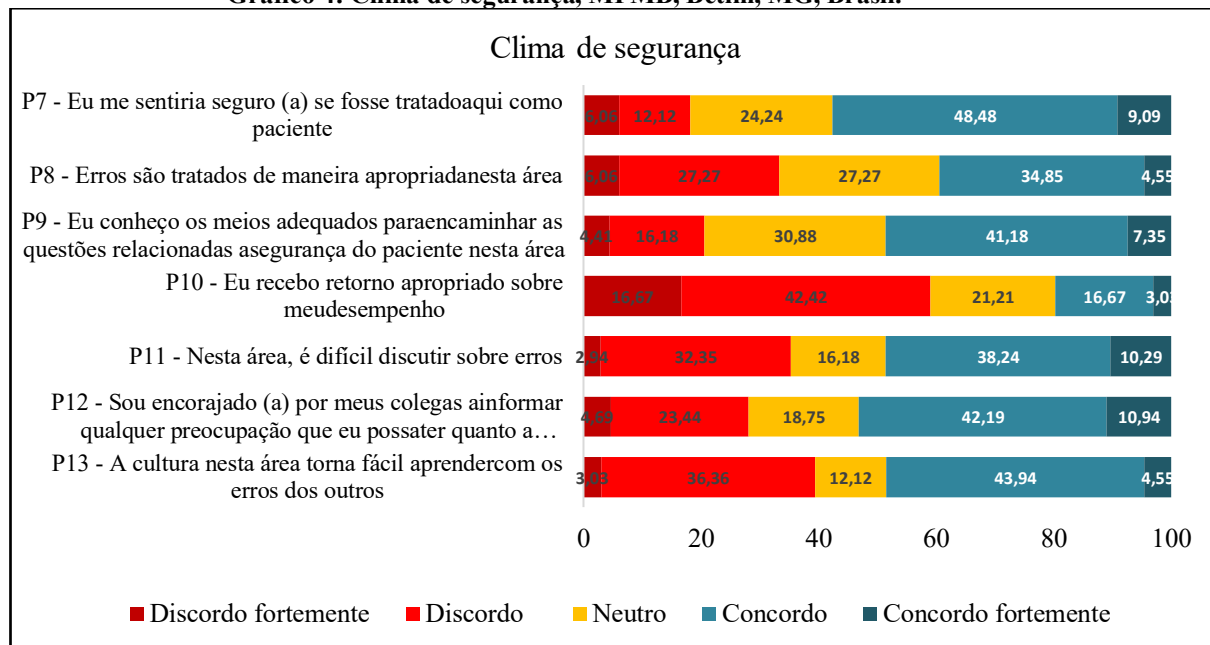
Diante dessas afirmações, pode-se concluir que a utilização das técnicas de questionário e grupo focal, utilizadas neste estudo, foram pertinentes para avaliação da cultura de segurança do paciente, apontando a partir da interação dos dados encontrados, um panorama da cultura de segurança do paciente, conforme demonstrado a cada análise de domínio que se segue.

6.2.1 Clima de Segurança

Estudos que mediram o clima de segurança do paciente tanto no Brasil quanto em outros países apontaram resultados semelhantes aos encontrados nesta investigação, com escore abaixo da média no domínio percepção do clima de segurança (MELLO; BARBOSA, 2013; CARVALHO et al., 2015; BATALHA; MELLEIRO, 2016; CRISTINA, 2016;

RAQUEL et al., 2016; SILVA; MELLEIRO, 2017; ROCHELI et al., 2017; SCHWONK et al., 2016). Conforme **gráfico 4**, abaixo

Gráfico 4: Clima de segurança, MPMB, Betim, MG, Brasil.



Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019

No domínio de “Clima de Segurança” percebe-se, positivamente, que 57,57% dos participantes concordam ou concordam fortemente que se sentiriam seguros se tratados na instituição como paciente (P7) e 52,13% têm essa mesma opinião sobre ser encorajado por seus colegas a informar qualquer preocupação que possa ter quanto a segurança do paciente (P12). Nesse critério, deve-se avaliar especificamente o item P8, no qual 34,38% dos participantes discordam ou discordam fortemente sobre os erros serem tratados de maneira apropriada nesta Instituição e 18,75% se manifestaram como neutros. Além disso, o item P9 que aborda sobre o conhecimento dos meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta Instituição apresentou 20,59% de respostas desfavoráveis e 30,88% de respostas neutras, demonstrando baixo conhecimento da equipe sobre os eventos adversos, sua notificação e tratativas junto à Instituição.

Em relação ao item que aborda as questões referentes à cultura justa na Instituição (P11), os resultados são fracos e apresentam que 68,71% discordam que é difícil discutir os erros na Instituição. Em contrapartida, a cultura de aprender com os erros foi de 48,53%, o que se permite afirmar que discutir os erros é positivo, entretanto, aprender com os erros é uma percepção fraca por parte da equipe.

No final do século XX, Reason desenvolveu a teoria do erro humano como consequência não intencional da execução de um plano incorreto ou inadequado de uma ação planejada, ou seja, o plano pode ser adequado, mas as ações não ocorrem conforme o planejado ou não é o suficiente para alcançar os objetivos propostos (REASON, 2000).

Os erros humanos podem ser tratados de duas vertentes, uma centrada nas pessoas com uma abordagem pessoal, punitiva afluindo nesse modelo a cultura do medo, no qual o erro humano é assumido como uma questão moral, que a causa do erro é oriunda de processos mentais incorretos, falta de atenção e de cautela. A outra vertente trata da abordagem sistêmica, ou seja, o modelo sistêmico é que leva ao erro (WACHTER, 2013).

Contradizendo a primeira vertente, a abordagem centrada nos sistemas, parte do princípio que os seres humanos falham e os erros são previstos e são consequências dos modelos sistêmicos, que permitem falhas na cadeia de desenvolvimento dos processos e procedimentos. Este segundo modelo trabalha com a cultura justa, ou seja, a cultura de aprender com erros. Considera que quando ocorre algum erro humano, busca-se identificar onde houve falha no processo e corrigir esta falha, que, não significa negligenciar o indivíduo, mas torná-lo mais vigilante e responsável por suas ações (WACHTER, 2013).

6.2.2 Cultura de Segurança na Organização de Saúde

A cultura organizacional compreende um conjunto de crenças, valores e atitudes que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu para lidar com seus problemas internos ou externos, e que por terem resultados positivos são considerados válidos e são repassados para os novos membros como a forma correta de enfrentar e resolver os problemas. A cultura organizacional direciona o caminho que os profissionais adotam para disseminarem o conhecimento; ela orienta o modo de fazer e agir nas organizações e muitas pressuposições não são escritas e nem verbalizadas. Apresenta-se em três níveis de constituição: artefatos, valores compartilhados e premissas básicas (SCHEIN, 2009).

No campo dos artefatos constituem o nível de cultura mais superficial, porém visível e perceptível, é a parte concreta da organização, engloba os produtos, serviços ou o padrão do comportamento dos membros da instituição. O segundo nível constitui-se dos valores compartilhados e define a razão pelas quais os membros executam as tarefas e porque as fazem. O terceiro nível caracteriza-se pelas pressuposições básicas, ou seja, o nível mais

íntimo e profundo da cultura englobam os sentimentos e percepções; são as crenças inconscientes e predominantes que os indivíduos creem (SCHEIN, 2009).

O conceito de cultura de segurança surgiu fora do contexto hospitalar e foi importado para a saúde com a publicação do relatório “Errar é Humano” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, em 1999. Em 1986, o acidente nuclear de *Chernobyl* foi o precursor da difusão da cultura de segurança nas organizações, considerado o pior acidente na área da energia nuclear. A principal causa deste acidente nuclear foi uma cultura organizacional fraca, de acordo com o levantamento das causas pela Agência Internacional de Energia Nuclear (IAEA) (FLIN et al., 2006).

Nos relatórios de outros dois grandes desastres, a explosão na plataforma Piper Alpha, em 1988 e o trem de Paddington em 1999, evidenciaram o descumprimento ou o descaso com ações básicas de segurança, apontaram falhas humanas e administrativas, evidenciando fragilidades na cultura de segurança organizacional como sendo uma das principais causas desses acidentes (FLIN et al., 2006).

Segundo a *Health and Safety Commission* (1993), a Cultura de Segurança na Saúde pode ser definida como um conjunto de valores, competências, atitudes e comportamentos individuais e de grupo, como o compromisso de gerir uma organização saudável e segura. Organizações com essas características são pautadas pela comunicação de confiança, com o objetivo comum na efetividade de medidas preventivas.

Corroborando com Nascimento (2011), as falas dos servidores participantes da pesquisa complementam os dados acima evidenciados, conforme relata o autor, que os dados quantitativos obtidos por meio da aplicação do questionário revelam o aspecto do clima de segurança da instituição e os dados qualitativos complementam as informações a respeito da cultura de segurança na instituição.

O clima de segurança pode ser medido por meio de questionários e são passíveis de mudança sem curto prazo. Por sua vez, a cultura de segurança é mais complexa e descreve as percepções e os comportamentos e atitudes arraigados na instituição sobre a cultura de segurança e não podem ser mudados facilmente (ST PIERRE, 2013).

Na análise dos resultados obtidos durante a realização dos grupos focais, ressaltam-se alguns trechos que retratam a percepção dos participantes sobre a cultura de segurança. A partir da introdução do assunto sobre a segurança do paciente foi possível detectar que houve mudanças de posturas dos profissionais a respeito do clima de segurança, iniciou-se um processo de ação e reflexão sobre a segurança do paciente, conforme observa-se abaixo:

[...] Sim, acho que pelo menos a gente começou a discutir mais o assunto, segurança do paciente, a discutir mais, pesquisar, ou pelo menos, pra quem não conhecia, refletir, causou pelo menos uma... instigou uma reflexão a respeito, do tema, com os pontos que eram feitos com a equipe técnica (GF1- TEC 1).

[...] Qualquer começo é um começo, eu achei muito interessante, o grupo começar a fazer a repetição sobre o assunto, no segundo treinamento, a gente vê que o movimento em grupo, ele já preocupando, se organizava, enquanto processo de trabalho, né, identificando esses problemas chamados comuns, e justificando a implementação da metodologia no núcleo de segurança (GF1- TEC 2).

[...] Eu acho que no ponto de vista da organização, do processo de trabalho, tem nos ajudado muito, a rotina da transição de cuidados, que é uma organização que transforma o serviço, transforma o processo de trabalho, então os valores eles estão todos contidos aí, que integra essa mudança do processo de trabalho (GF1- ENF 3).

[...] Eu acho que a gente tem que promover mais espaços como esse, mais encontro, mais espaços, criar mais a sistematização no trabalho em torno dessas necessidades, que são entendidas como problemas, com os erros, entre aspas, a gente participar desses conhecimentos, interagir, com os erros, com os nossos erros, nós vamos criando espaços para concluirmos como corrigi-los em conjunto (GF1- TEC 3).

[...] Lá no nosso setor, a gente esteja mudando a nossa cultura, a gente esteja mudando o nosso jeito de trabalhar, nosso jeito de ver as coisas, e enxergar a importância, de estruturar o nosso trabalho, a gente tá só fazendo coisa maquinalmente, tem que pensar, e ver, e estudar o que a gente tá fazendo, tornar mais técnicos mesmo (GF1- TEC 3).

[...] Eu acho que a informação foi boa, na defesa nossa, no aprendizado, nosso, entendeu, pra segurança meu e do paciente, do respaldo pra gente (GF2- ENF 1).

[...] Pra mim eu acho que acrescentou bastante, eu acho que tudo que é novo, é muito bem vindo, acho que se for pra somar, se for para mudar, melhorar, com certeza, né, basta o funcionário querer, né (GF3- TEC 9).

Segundo a OMS, a cultura de segurança, em instituições de saúde, considerada como organizações de alto risco, partilha um conjunto de crenças baseadas em práticas seguras entre os profissionais da instituição e é prioridade na vertente da cultura organizacional. Deverá ter como premissa básica a comunicação aberta e clara, o trabalho em equipe, o aprendizado contínuo com as ocorrências dos eventos adversos, sendo a segurança prioridade em todos os níveis da organização de saúde (WHO, 2009).

Para os participantes deste estudo, a cultura da segurança envolve mudança de comportamento, conscientização da equipe, colaboração entre os profissionais e, sobretudo, a própria segurança de cada profissional. Conforme os relatos, a cultura de segurança é um processo que necessita de um longo prazo de investimento para ser arraigada no ambiente de trabalho o que pode ser observado nas seguintes falas:

[...] A mudança de cultura, a mudança do paradigma é um processo, a gente não muda da noite pro dia, é coletivo, é em conjunto enquanto numa comunidade de trabalho, a gente tem que entender isso como um processo, é um comentando com o outro, é um auxiliando o outro, é um cutucando o outro aonde tá vendo que não é por ali, é a gente formando uma corrente (GF1- TEC 1).

[...] A própria segurança, né, a própria segurança do profissional, ela permeia todos os níveis da maternidade, não é só na assistência, quem medica, de uma forma geral, entendeu? (GF3- ENF 6).

[...]O que trouxe pra mim, em relação a esse trabalho de conscientização, pelo menos a medida que você vai escutando, segurança do paciente, a coisa vai entrando no nosso cérebro, e aí com o tempo a gente vai mudando a conduta (GF3- TEC 9).

[...] Então eu acho que na questão da segurança do trabalho, é mais ou menos isso, é aquela coisa que você vai tentando, tentando e aos poucos as pessoas vão mudando esse hábito. É mais a segurança, é sobre perda do paciente, risco de queda. Segurança em geral. (GF3- TEC 10).

[...] Segurança do paciente também é lavagem das mãos, é a primeira coisa, eu... você tem que pensar na hora que você vai no paciente, você tem que tá, também, é higienizar as mãos (GF3- TEC 8).

[...] Tá trabalhando, todo mundo com o mesmo foco de melhorar a assistência, e também não esquecer que a gente hoje tá na assistência, mais a gente também pode tá no leito, sendo paciente, nunca esquecer disso (GF3- TEC 9).

[...]A importância da segurança do paciente, conscientizar essas pessoas que está mexendo com o paciente, porque, se fosse da minha família, agiria dessa forma, é muito importante (GF3- TEC 10).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde apresentam dois empecilhos que impedem o fortalecimento da cultura de segurança, entre eles a visão de que basta treinar o profissional de saúde que ele não vai errar, e a outra crença, ainda arraigada na cultura de punição, estigmatizando o erro como incompetência do indivíduo (WHO, 2008).

A partir do ano 2000, o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA recomenda que as organizações de saúde adotem os conceitos e técnicas das organizações de alta confiabilidade. Estas organizações possuem o compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, a consciência coletiva de que todos os profissionais possuem conhecimento claro de que mesmo pequenas falhas nos processos ou protocolo de segurança podem levar a resultados desastrosos (KOHN et al., 1999).

Existe discrepância entre as organizações de alta confiabilidade e as organizações de saúde, pois as organizações de saúde tendem a acreditar que tudo vai dar certo, mantêm o foco na eficiência no sistema, na crença de que o profissional sabe tudo e na presença de gradientes de hierarquia entre os profissionais. Por outro lado, as organizações de alta confiabilidade possuem a crença de que algo pode dar errado, mantêm o foco na

confiabilidade do sistema, na humildade para entender e aprender o que não se conhece, no comportamento que valoriza o trabalho em equipe (KOHN et al., 1999).

Corroborando com essa afirmativa, os extratos seguintes mostram que a mudança deve ocorrer para que a segurança seja garantida não somente para o paciente mas também para a equipe.

[...] Porque na área da saúde, você sempre tem que melhorar, muita coisa, então não tem como você falar assim, a eu já sei tudo, né, então sempre vai mudando alguma coisa e por isso é importante estar alerta, né, porque na saúde, sempre tá mudando (GF3- TEC 7).

[...] É o que tá acontecendo com os funcionários que tá adequando a segurança, tá fazendo pra poder tá adequando a isso aí, e vê se dá certo, pro paciente tá mais seguro e tudo e a gerência não vê que isso é recíproco. Mas assim, a gente tem que ter essa leitura, porque realmente, a gente não investe em uma coisa que a gente não quer mudar (GF3- ENF 4).

[...] Mas é uma coisa construtiva, o quê a gente tá fazendo, não é só pra gente aplicar aqui, a gente trabalha em outros lugares, a gente pode aplicar o nosso conhecimento em segurança do paciente, é uma coisa global, pra gente que tá aqui na maternidade tá fazendo, porque a gente pode absorver aí, mais conhecimento, que a gente pode também trabalhar, bem em cima disso, e a gente pode melhorar (GF3- TEC 8).

Em se tratando das instituições de saúde, o conceito de segurança do paciente é prevenir ocorrência de erros e danos, evitar expor os pacientes a lesões, sequelas e/ou morte, decorrente dos eventos adversos. A esse respeito o dano pode ser de falta de cuidados adequados, atraso ou falha no diagnóstico ou complicações de uma desventura durante o tratamento. Nesse sentido, a segurança do paciente deve ser uma assistência desprovida de falhas e de ameaças, considerando os recursos humanos disponíveis, materiais e equipamentos e os protocolos de segurança da instituição (ARCURI, 1991).

A assistência deve zelar pela qualidade no atendimento em que o objetivo é alcançar os melhores resultados e experiências possíveis, enquanto que a segurança deve ser assimilada como o ato de evitar, prevenir os erros, trabalhar de forma segura, almejando a diminuição dos erros, para que o sistema de saúde se torne mais confiável e com isso melhore a qualidade da assistência (VICENT, 2009).

Os gradientes de hierarquia são presumíveis nas organizações de saúde, consiste na distância psicológica entre o trabalhador e seu supervisor. Entretanto, tratando-se de organizações de saúde, em que o trabalho em equipe e uma comunicação clara são fatores essenciais, os gradientes de hierarquias ou autoridades não podem causar intimidação ou receio de punição entre seus membros, pois esse fato pode comprometer a cultura de segurança na instituição (WACHTER, 2013).

Para que as organizações de saúde aproximem-se das organizações de alta confiabilidade em relação à cultura de segurança mudanças devem acontecer independentes do nível organizacional, comprometimento da liderança em relação à inserção da cultura de segurança, incorporando os princípios da alta confiabilidade na visão e missão da instituição, com metas mensuráveis e reais, envolvendo os três pilares da confiança, notificação dos eventos adversos e busca de melhoria contínua em aprender com os erros (CHASSIN; LOEB, 2011).

Para se transformar em uma instituição de alta confiabilidade, as organizações de saúde precisam reconhecer o alto risco inerente às suas atividades e realizar suas tarefas de forma consistente e segura, promovendo um ambiente onde os incidentes ou quase incidentes possam ser notificados pelos indivíduos sem medo de represália ou punição em um ambiente livre de culpa.

Na instituição estudada a notificação dos eventos adversos e a observação dos quase erros são uma preocupação da equipe, entendida como parte de um processo que concorre para melhoria da assistência, maior segurança do paciente e da equipe. Entretanto foi notório que a postura da equipe está mais voltada para tomar providências imediatas para resolver a reversão dos quase erros do que dar prosseguimento às notificações, ainda não assimilaram a importância das notificações como ferramentas de aprender com os erros, conforme observado nas seguintes falas:

[...]Evento adverso, então o quê que acontece, muita gente não vai, não comunica, acaba então, porque aí não muda, porque é mais fácil falar o certo, ou seja, até o colega ali, não é entregar ele, é pra questão de melhorar (GF3- TEC 15).

[...]A gente já pode contar, né, a gente tem mais acesso, notificando as coisas erradas, se ela dá segurança, você tá podendo esclarecer o que está acontecendo, então tudo, escrito, eu acho que, é o certo, entendeu, porque se tem uma coisa certa, se der errado, você vai ali, aconteceu isso, isso e isso, então isso aí é ter respaldo, assim mesmo (GF3- TEC 10).

[...] Acho que deixa todo mundo mais ligado, antenado, com as reuniões que a gente teve, com o cuidado com a criança, o risco, os riscos, risco de queda, o risco com medicação errada, de cliente errado, eu acho que foi tudo, não é só eu, acho que a equipe inteira ficou bem mais ligada (GF3- FAR 1).

[...] E você tem certeza, confiança de que aquilo que você tá fazendo tá sendo de fato o melhor pro paciente, um serviço prestado de excelência, você vai e gostaria de fazer mais, e mesmo que às vezes você não seja reconhecida pelo outros, mas você sai, é, fica mais, sentimento fortificado todos sabemos, a equipe toda, quando tá melhor todos saem ganhando (GF3- FAR 1).

[...] É fazer a coisa certa, na hora certa, não adianta você fazer a coisa certa, depois que passou, não tem efeito (GF3- ENF 2).

[...] Teve essa sensação que vai aumentar meu trabalho, eu já trabalhei tanto, eu vou trabalhar mais, ele não vem com essa intenção de aumentar o trabalho, na verdade, é, simplificar (GF4- TEC 21).

[...] Melhorar a qualidade do trabalho, se tiver parte ruim, uma vez, duas vezes, você tem que voltar atrás pra repetir, pra refazer, ou então não tem nem como corrigir, na nossa área, muitos erros, não tem nem correção (...), eu tenho que fazer isso, é necessário que seja feito, alguns cuidados que muitas vezes a gente a gente meio que pula pra abreviar o tempo, então, isso é muito interessante (GF3- TEC 10).

As organizações que aplicam a cultura da punição e culpabilização dos indivíduos para corrigir um erro ou ocorrência de incidente, ou quase incidente, tornam o ambiente propício para o enfraquecimento da cultura de segurança na instituição. Nesse sentido, o profissional fica com receio de relatar ou notificar o evento, impendindo ou dificultando na identificação dos problemas de segurança, perdendo a oportunidade da empresa de aprender com os erros ocorridos.

Arelado ao conceito de segurança do paciente, a abordagem sistêmica é contra a cultura punitiva. O princípio da abordagem sistêmica é que os indivíduos cometem erros, errar é da natureza humana, os erros são esperados e são consequências e não a causa.

Mudar a condição humana não é possível para acabar com os erros, mas é possível construir um sistema de funcionamento da instituição com mecanismo de defesa para evitar que os erros possam acontecer. A cultura justa descrita por Reason (2000) apresenta como premissa aprender com os erros e utilizar os relatos ou notificações dos incidentes para o aprendizado organizacional.

Na abordagem sistêmica existe uma relação dos eventos adversos com a existência de deficiência nas estruturas e processo de trabalho, que os incidentes são consequência de um desencadeamento dos fatores sistêmicos como a cultura da organização, práticas do trabalho, abordagem da gestão, prevenção dos riscos e a capacidade instalada de aprender com os erros baseados em sistemas de registros de incidentes de segurança (WHO, 2009).

A abordagem sistêmica traduz em melhoria do desempenho organizacional e promoção de uma cultura não punitiva que encoraja o profissional a reconhecer e notificar os incidentes de segurança. São exemplos adotados para melhorar os processos de trabalhos com foco na segurança do paciente: a construção de sistemas mais seguros como prescrição eletrônica, o uso de códigos de barra, a padronização e simplificação de processos e melhorias no *design* de equipamentos. Entretanto, a abordagem sistêmica não punitiva não é apropriada para todos os incidentes, aqueles de origem do descuido do profissional ou em falhas em acompanhar o avanço de sua especialidade, uso do álcool ou drogas ou que ignoram as

normas de segurança da instituição, são passíveis a aplicação da cultura de culpa (WACHTER, 2013).

A cultura justa consegue distinguir entre o erro humano, com o comportamento de risco e o comportamento imprudente, através de análise da causa raiz dos eventos adversos ou incidentes relatados. Na cultura justa o foco é no comportamento frente ao incidente e não na gravidade do mesmo, fortalecida por uma cultura de confiança, aprendizado e responsabilidades, com o intuito de diminuir os impactos negativos e maximizar o processo de aprendizado (DEKKER, 2016).

É um desafio para as lideranças a implementação e sustentação de uma política de consequências bem estabelecida, em que os comportamentos ou atos intencionais, que colocam em risco ou ameaçam a segurança do paciente, sofram as punições adequadas. A liderança tem que ter um comprometimento ético e legal com as pessoas assistidas na instituição. A cultura justa de aprender com os erros não pode sobrepor à necessidade de responsabilização civil, criminal e/ou ética. Existe uma linha tênue entre cultura justa, cultura da culpabilização e a responsabilização. Complexo separar as falhas esperadas das transgressões. O comprometimento dos líderes da linha de frente em relação às abordagens adequadas para cada tipo de evento ocorrido na instituição é primordial para a promoção e sustentação de uma cultura de segurança, melhora e manutenção da confiabilidade na instituição (BARROS; FÉLIX, 2019).

Ao relacionar os dados quantitativos com os qualitativos para a análise dos resultados, percebe-se que embora o diagnóstico da cultura de segurança da Maternidade foi considerado fraco, com os escores abaixo de 75%, houve mudanças significativas no grau de maturidade da cultura de segurança do paciente com implementação do NSP-MPMB, podendo ser confirmada essa mudança nas falas e percepções dos servidores, conforme os relatos extraídos dos grupos focais e citados acima. Em relação ao grau de maturidade da cultura de segurança do paciente, conclui-se que a mesma avançou de um grau de maturação patológica para o quarto estágio, o da **cultura reativa**. Este grau de maturidade revela uma cultura em que a instituição começa a reconhecer a segurança com maior grau de seriedade, mas ainda limitada a ocorrência dos incidentes dos eventos adversos. A implementação do NSP apresentou o envolvimento e engajamento da equipe na participação e construção coletiva do processo.

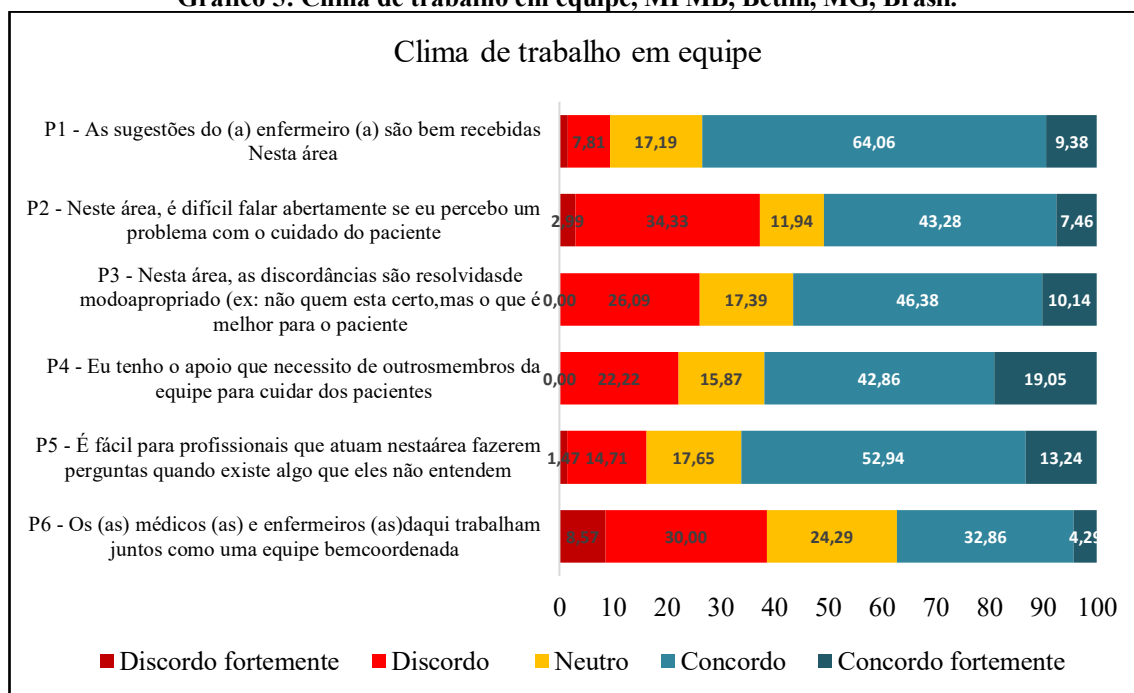
6.3 PERCEPÇÃO SOBRE O CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE X SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Em instituições de atenção à saúde, a assistência ao paciente não é realizada de forma individual, a prestação de uma assistência à saúde implica obrigatoriamente em um trabalho em equipe. A origem da palavra “equipe” significa realização de tarefas, trabalhos em conjunto para alcançar o mesmo objetivo, ou seja, tarefa cumprida. O trabalho em equipe na área da saúde assume uma caracterização técnica, compreendendo um conjunto de habilidades e atribuições de cada categoria profissional para realizar um objetivo comum, que é a assistência ao paciente, consolidando-se como um conjunto de pessoas com uma vinculação entre si para alcançar o mesmo objetivo (NAVARRO, et al., 2013).

O trabalho em equipe pode ser traduzido como a relação interpessoal que ocorre entre os membros da equipe e a forma como esses percebem seus integrantes. A composição da equipe pode ter várias características, por exemplo, alguns estão ali porque gostam do que fazem, outros por questões financeiras, outros por status e assim por diante (NAVARRO et al., 2013).

O vínculo entre os membros da equipe e a relação interpessoal são pontos fortes na percepção do clima de trabalho em equipe. No entanto, apesar de um clima de trabalho favorável, fragilidades em relação a resolução de problemas, como eventos adversos e comunicação, estão presentes entre a equipe estudada.

A seguir os dados sobre o clima do trabalho em equipe destacado no **gráfico 5**:

Gráfico 5: Clima de trabalho em equipe, MPMB, Betim, MG, Brasil.

Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

De maneira geral, os participantes concordaram com as afirmações referentes ao domínio clima de trabalho em equipe e posicionaram-se favoravelmente sobre a Satisfação e Orgulho em trabalhar na Instituição e na área da saúde. Em todos os itens do domínio “Satisfação no Trabalho” foi obtido resultado favorável acima de 80% das respostas, com exceção da moral do profissional que obteve resultado favorável acima de 35%. Um conceito sucinto de moral revela que é um sistema de normas, princípios e valores que orientam o comportamento tanto individual quanto coletivo numa sociedade, regulamentam as relações entre os indivíduos e entre o indivíduo e a sociedade de forma não coerciva. Possui um caráter histórico e social que são incorporados de forma livre no nível de convicção íntima (FIGUEIREDO, 2008).

A relação de respeito, humildade e cooperação são pontos fundamentais no trabalho em equipe. Dentro da equipe cada um possui sua importância e ninguém consegue alcançar os melhores resultados trabalhando sozinho. Com a ajuda mútua é possível melhorar os processos de trabalho e oferecer uma assistência mais segura e de qualidade.

O trabalho em equipe é imprescindível tanto na execução dos procedimentos dos cuidados aos pacientes quanto nas construções coletivas dos processos de trabalho, protocolos e rotinas nas instituições de saúde. A capacidade de relacionamento interpessoal é tão importante quanto a capacidade técnica do profissional em trabalhar em equipe. Significa mais segurança e qualidade para o paciente e melhora a satisfação do profissional.

[...] Eu acho importante também quando a gente coloca muito setores na mesma mesa pra conversar a mesma coisa, né então a gente tem a participação de vários setores, todo mundo tá preocupado com o mesmo objetivo, isso é legal, a gente interage mais, a gente começa a trabalhar de uma forma melhor, com todo mundo na mesma linha (GF1 – ENF 1).

[...] A medida que vai ser todas essas questões no processo de trabalho, fica caracterizado a melhoria no campo de trabalho, né, e a gente vê muitas pessoas falando isso, né, a respeito né, desses valores, das responsabilidades, e quando, a gente constrói juntos, é melhor, né, tão vendo as duas coisas, lá no outro serviço, o negócio foi constituído e tá vindo de cima pra baixo, pra gente, não só aderir e pronto, e aqui nós estamos construindo, construindo uma cultura, construindo a nossas normas, né, eu acho que isso, é, agrega mais valor, melhora a participação das meninas, a própria efetividade (GF2 – TEC 10).

[...] É, e eu acho uma coisa importante a ser falado é em relação a cultura, eu acho que, você começa do início, tem uma, vou falar, que é da linguagem, tem uma gestação que é conjunta, eu acho que é muito mais fácil, se ter uma adesão do que quando você, igual falou, veio de cima pra baixo, de ponta a cabeça, quando você constrói um protocolo, constrói essa discussão, foca no núcleo, eu acho que a adesão ela tende a ser maior, e aí, o que era antes a adesão, no futuro vai virar uma política, lá, de fato, que é uma cultura mesmo, porque você tem uma adesão pra ter perpetuação, porque se não, não perpetua (GF3- ENF5).

[...] Além da questão dos medicamentos, de maior risco de serem tirados dos setores, né, interessante, foi nas dinâmicas dos grupos, participação, é que as pessoas tá mais atento às questões segurança na hora de identificação, os cuidados, administração do medicamento, acho que isso, deixa muito, tá mais atento nessa questão. Até mesmo o próprio trabalho em equipe, teve a participação, as brincadeiras, né, com isso a gente vê, né, foca também no trabalho em grupo (GF1 – TEC 2).

[...] Acho que qualquer treinamento no serviço, ele agrega, porque as pessoas para um pouquinho, e tal, trouxe a discussão do processo de trabalho ,e acho que a pessoa mais preparada, mais consciente do que está fazendo, capacitado ao longo do trabalho ,não é uma capacitação, que você teve que sair, deslocar, você já tá ali, então, acho bem mais interessante, acho que o grupo participando desse processo, ele se sente valorizado, e melhora, né, a questão da frente do trabalho (GF3 – ENF 7)

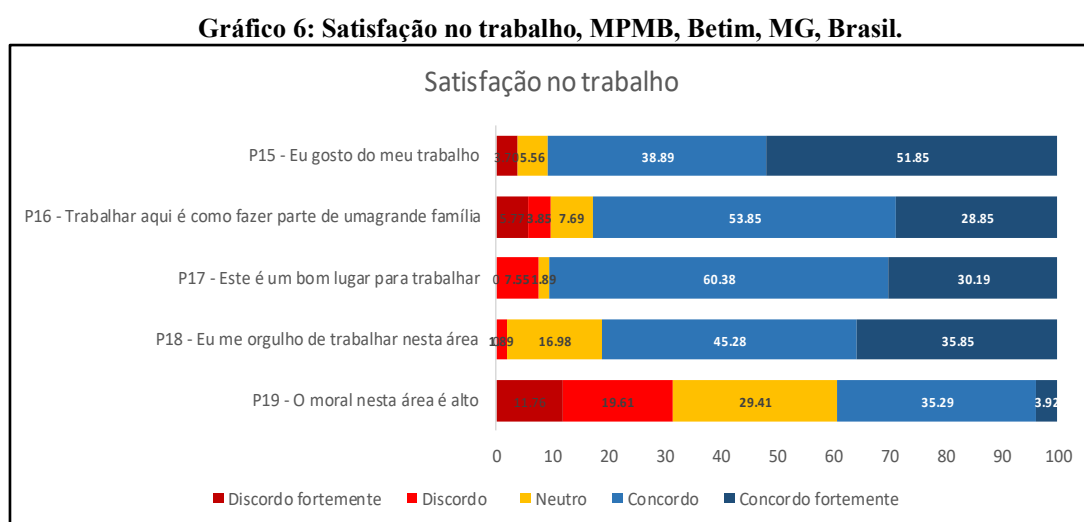
[...] A gente, interferir, nesse processo todo, foi muito interessante, eu acho que não tem que parar aqui, tem que seguir, é um trabalho tão grande, porque parar, gente pretende que o núcleo dê continuidade, né, é uma pretensão nossa, o que a gente conseguiu plantar essa semente aqui, que ela continue dando frutos lá na frente, e nós vamos continuar trabalhando, independente de ser aqui, quem não está aposentando, se é aqui ou se é outro lugar, e eu acho que a proposta do núcleo, tem a contribuir com esse novo processo de segurança do paciente (GF2- TEC8).

O profissional de saúde tem que desenvolver competências necessárias para agir em prol da segurança do paciente. O Instituto de Segurança do Paciente do Canadá propõe as competências necessárias dos profissionais para atuarem na segurança do paciente e estas competências são subdivida em seis domínios conectados entre si, dentre essas ressalta-se o trabalhar em equipe pela segurança do paciente. Uma equipe eficiente no quesito segurança do paciente é pautada na comunicação eficaz, tanto entre os membros da equipe quanto entre

os usuários, além de comunicar eficazmente, compartilham as observações pertinentes, competências e responsabilidades pelas tomadas de decisão com o objetivo de tornar a assistência à saúde mais segura (LIMA JR et al., 2019).

Nesse contexto, a fala dos servidores corrobora com a importância do trabalho em equipe na construção coletiva do processo de implementação do NSP-MPMB como estratégia para melhorar a segurança do paciente na instituição. Destacam-se que são fundamentais a participação coletiva com a corresponsabilização dos servidores e gestores no processo de construção e implementação das medidas de segurança do paciente. A participação dos membros da equipe na construção coletiva dos processos de trabalho melhora a chance de funcionamento da proposta de mudanças e a efetividade do trabalho em equipe, que são pontos positivos para construção da cultura de segurança da instituição.

A seguir os escores do trabalho em equipe conforme o **gráfico 6**:



Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

Ressalta-se que o escore melhor refere-se à satisfação no trabalho, fato que fica evidente pelo bom entrosamento e vínculo da equipe, pois trata-se de uma equipe que possui experiência e trabalha em conjunto há um tempo considerável. Estudos anteriores mostram resultados aproximados a este em relação à satisfação no trabalho de enfermagem, que a satisfação no trabalho é fator contribuinte para a segurança do paciente na instituição. Instituições que tenham em seu quadro de funcionários a predominância de insatisfação no trabalho possuem altas taxas de rotatividade e, em consequência, maiores ocorrências de eventos adversos (RIGOBELLO et al., 2012).

Fatores como oportunidades de crescimento profissional, melhores remunerações e autonomia profissional são precursores de satisfação profissional. Assim, o funcionário possui maiores chances de permanecer na instituição e, conseqüentemente, redução da queda de rotatividade de funcionários na instituição. Um estudo realizado nos EUA apontou que 41% das enfermeiras estavam insatisfeitas com seu trabalho; no Canadá, essa frequência foi de apenas 17%. Na Inglaterra, a porcentagem de enfermeiras que pretendem sair da profissão é de 38,9%, e na Noruega, o percentual foi de 26%. (RIGOBELLO et al., 2012).

Estudos apontam que no Brasil o acúmulo de atividades e a baixa expectativa de dar continuidade ao processo de obtenção de novos conhecimentos são causas de insatisfação do profissional da enfermagem e que também é fator que prejudica a qualidade e o desempenho do profissional, comprometendo a segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

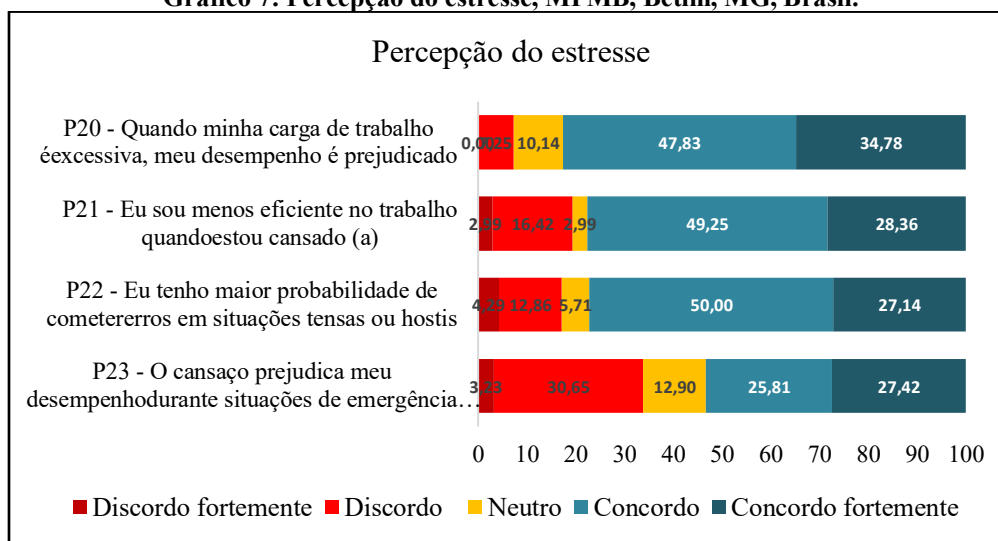
Logo, fica evidente que o vínculo entre os membros da equipe e a satisfação no trabalho são pontos fortes na promoção de uma assistência à saúde segura.

A equipe de saúde possui um perfil predominante de gostar do que faz, característica como empatia está presente e faz parte da cultura institucional e o vínculo entre a equipe permite atenuar os gradientes de hierarquização entre a equipe, permitindo uma comunicação mais clara e efetiva.

Ao agrupar os dados das percepções dos servidores podemos afirmar que a satisfação no trabalho na Instituição estudada está muito relacionada com o trabalho em equipe. O vínculo e a motivação entre os membros da equipe são pontos fortes na construção da cultura de segurança e na credibilidade da instituição. Podemos concluir que o vínculo entre a equipe agrega valores como confiança e satisfação no trabalho.

6.4 PERCEPÇÃO DO ESTRESSE X CONDIÇÕES DE TRABALHO X PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA

Os domínios de percepção do stress e condições de trabalho apresentaram variações nos escores de 44,6% para 69,8%, sendo que as condições de trabalho atingiram o menor escore que foi de 44,6% e a percepção do stress foi de 69,8%, demonstrando que condições de trabalho precárias aumentam a percepção do estresse. De um modo geral, condições de trabalho ruim aumentam o estresse dos profissionais e comprometem diretamente a segurança do paciente. Dados apresentados no **gráfico 7**:

Gráfico 7: Percepção do estresse, MPMB, Betim, MG, Brasil.

Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

Elenca-se o modelo de gestão política, fator que contribui para que as condições de trabalho sejam cada vez mais precárias nas instituições de saúde, pois sofrem as influências do modelo neoliberal do país, que enfatiza o princípio de enxugamento das máquinas públicas e, mesmo assim, continuam ampliando a oferta dos serviços básicos como educação, transporte, saúde e segurança (NORMA et al., 2017).

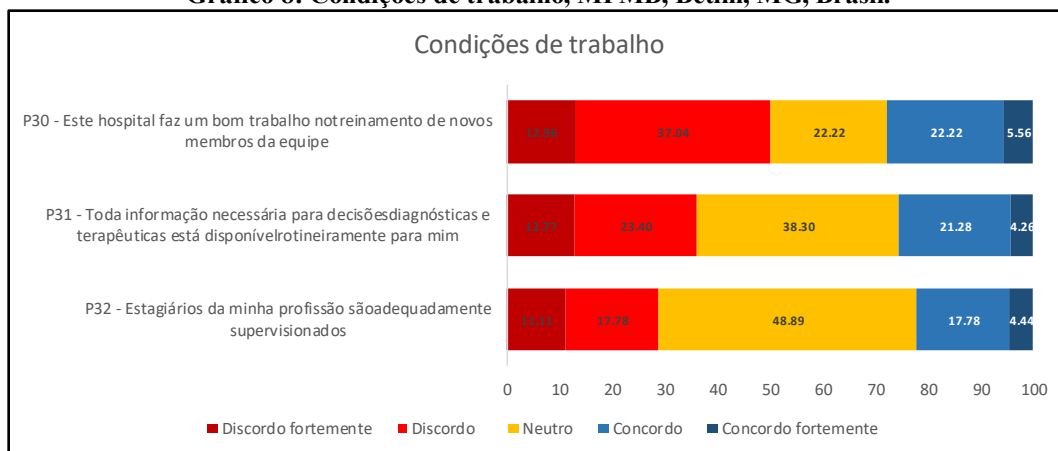
Com os repasses financeiros cada vez mais enxutos, as instituições tornam-se cada vez mais desabastecidas, tanto na estrutura como nos materiais, equipamentos e recursos humanos. O dimensionamento da equipe também sofre influência dessa situação, apresentando-se, frequentemente, estrangulada, somada à ausência de uma educação continuada que respalde as atualizações e aquisição de novos conhecimentos para os profissionais (NORMA et al., 2017).

As funções neurocognitivas podem ser afetadas nos indivíduos com privação de sono e fadiga, causado por excesso de horas trabalhadas sem descanso adequado, aumentando o risco de erro. O incidente de erro não intencional aumenta gradativamente a partir de nove horas consecutivas de trabalho, o risco aumenta exponencialmente a cada hora subsequente de trabalho (SUGDEN et al., 2012).

A fadiga compromete o desempenho, interferindo no mecanismo do tempo de atenção e do tempo de reação, o julgamento clínico fica mais lento. A fadiga pode levar a uma perda de tempo na tomada de decisão em momentos críticos, aumentando o risco a erros. Jornadas de trabalho exaustivas e longas contribuem para o aparecimento da fadiga, que contribui com a baixa de energia vital e aumento do quadro de ansiedade, depressão e raiva (SINHA et al., 2013).

A seguir os escores das condições de trabalho conforme o **gráfico 8**:

Gráfico 8: Condições de trabalho, MPMB, Betim, MG, Brasil.



Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

A Instituição estudada é referência no atendimento à gestante de risco habitual do Município de Betim/MG e da região do médio Paraopeba, municípios limites com aquele, e tem evidente sobrecarga de trabalho devido à insuficiente capacidade estrutural do serviço para atender toda a demanda. Apesar de ser uma unidade de referência para as gestantes de baixo risco, também atende casos de alto risco que chegam à Instituição, seja por encaminhamento inadequado da rede ou demanda espontânea das próprias usuárias.

A capacidade estrutural da Instituição não comporta recursos para o atendimento dos casos de alto risco, demandando transferências para outras maternidades, o que muitas vezes não é possível devido à não disponibilidade de vagas em tempo hábil, comprometendo a assistência prestada e gerando riscos para a paciente e sobrecarga para a equipe da unidade.

É histórica a falta de investimentos na estrutura física da unidade, que necessita de reforma e adequação de alguns espaços físicos para atender as normas da legislação vigente para construção e instalação de serviços de saúde, conforme preconizado a RDC nº 50 de 2000, pois a instituição foi construída há mais de 25 anos (BRASIL, 2002). Além disso, a aquisição de insumos, medicamentos e equipamentos são sempre aquém da necessidade da Instituição; o estoque é constantemente limitado e os equipamentos, além de insuficientes, estão sucateados.

Outro ponto crítico da Instituição é o dimensionamento da equipe que é uma fragilidade crucial da unidade em todas as categorias profissionais, sendo que a reposição desses pela Secretaria Municipal de Saúde é deficitária.

Os fatos descritos acima foram corroborados pelos participantes deste estudo, na coleta de dados, tanto quantitativos quanto qualitativos, conforme demonstra o Gráfico 8 e as falas dos servidores.

[...] A gente sabe que não é vontade, não é falta de vontade, é falta de estrutura, a gente espera assim, que a gente consiga caminhar com isso, e melhorando o que a gente já tem começado (GF3- TEC 9).

[...] Tem um lado negativo da adesão, que é porque o meu setor não tem essa adesão, falar do meu setor, não dá pra, entendeu, as vezes não dá, é a demanda do setor, eu acho que tivesse um, no sentido de, apoio pra fazer os treinamentos, por exemplo, reforçar a equipe, não dá pra sair e deixar setor desfalcado (GF3- TEC 22).

[...] Eu acho o seguinte a questão, essa é até o nosso setor de identidade pública, eu vejo assim, que muitas vezes essa iniciativa parte do trabalhador, não parte do gestor, o gestor aceita desde que ele não precisa de investir, e a gente vê que segurança do paciente, tem que ter investimento financeiro, tem que ter a vontade do gestor, poder político do gestor de fazer acontecer, e fazer investimento (GF3- ENF 6).

[...] Se você vai implantar identificação do paciente, você precisa de investimento para fazer a identificação do paciente, né, se você quer colocar medicamento com cores, diferenciados, aqueles medicamentos perigosos com cores diferenciados, você precisa de etiqueta, diferentes, é, porque nós não temos esse investimento hoje em dia, a gente não vê, há um investimento do trabalhador, né, de quem tá comandando muitas vezes não, e a gente não vê uma discussão maior, de investimento mais amplo para fazer uma coisa que realmente no nível que se deseja, da proposta da ANVISA para essa questão de segurança do paciente (GF1- TEC1).

[...] Eu percebo que o trabalhador, ele tá disposto a mudanças, a melhorias, é igual ela falou, infelizmente não tem condição, você muda, porque você coloca em prática o que é possível (GF1- ENF 1).

[...] Uma posição que desse mais acesso a pia, não tem sabão, com essa falta do álcool, nessa confusão, tem dias que a gente chega no setor X, não tem uma almotolia sequer, uma bisnaga de álcool, para fazer antissepsia de pele, pra fazer desinfecção, de algum produto (GF3- TEC 12).

[...] As vezes, coisas que é muito cobrado da gente, é a questão do saco de lixo, mas tem dias que você só tem o azul, tem dias que só tem o preto, tem dia que você só tem o branco, aí não tem como separar, o comum, infectado, do lixo normal, então assim, aí o pessoal vai jogando tudo lá misturando porque... (GF2- TEC 8).

[...] Isso é para a segurança do paciente, porque assim, uma cadeira pra ele estar usando, pra poder tomar um banho, tudo isso gera, porque se você não tem um banheiro, uma cadeira pra levar o paciente. É uma questão de segurança pra ele (GF4 – TEC 19).

Embora as condições de trabalho sejam ruins, como demonstrado nos dados do Gráfico 8, a equipe se posicionou na predominância do neutro. Entretanto, na fala dos servidores extraídas nos grupos focais é nítido como os servidores enfatizam como as condições de trabalhos são precárias e a gerência fraca, o que demonstra uma discrepância entre as respostas do questionário fechado em relação a coleta de dados qualitativos.

6.4.1 Percepção da Gerência do Setor e Gerência Geral

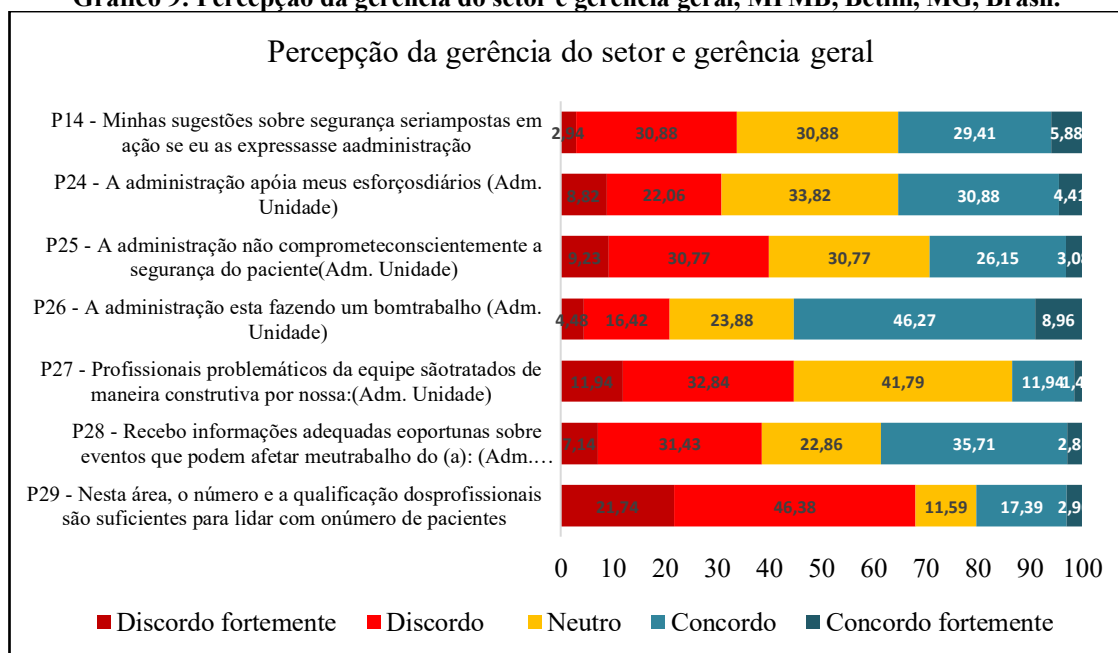
Liderança e trabalho em equipe devem andar lado a lado e atrelados a uma comunicação eficiente. Uma equipe que não reconhece a sua gerência não pode funcionar em toda sua potencialidade.

Como detectado nos resultados deste estudo, a gerência da Instituição é fraca e caracteriza-se como consequência de uma gestão flutuante e sem preparo técnico para assumir a função de gestores.

Na Instituição em estudo, os gestores são servidores indicados que assumem por um tempo, normalmente no período do mandato político, e depois retornam a seus postos de trabalho. Além disso, não recebem treinamentos adequados para assumirem a gestão e nem incentivos financeiros que justifiquem suas responsabilidades, não possuem autonomia e nem recursos financeiros necessários, ficam o tempo todo gerindo o caos.

Abaixo os dados relativos à percepção da gerência do setor e gerência geral coletadas neste estudo, conforme **gráfico 9**:

Gráfico 9: Percepção da gerência do setor e gerência geral, MPMB, Betim, MG, Brasil.



Extraído de: Própria autoria, dezembro de 2019.

A percepção da gerência do setor e gerência geral fracas sugerem que existe um distanciamento entre as equipes e suas hierarquias e que as falhas na segurança do paciente culminam em uma cultura punitiva aos profissionais, anulando a prerrogativa de aprender com os erros, presentes em uma cultura de segurança forte. Evidenciando a fragilidade em

relação ao apoio dos gestores a nível assistencial, quando o clima de trabalho proposto pela gestão não favorece a cultura de segurança. Planejamentos e metas de melhorias de qualidade podem ser desmotivadas e perdidas dentro das unidades de trabalho, comprometendo a sua efetividade (SILVA; MELLEIRO, 2017).

A gestão do serviço de saúde, ainda, segue o modelo tradicional de estrutura vertical, centralizada e hierarquizada, na qual há o predomínio de maior amplitude de supervisão dos trabalhadores, maior controle das ações e as decisões dos trabalhadores tendem a ser anuladas. Esse modelo contribui para uma cultura de segurança do paciente enfraquecida (NORMA et al., 2017).

Os gestores são responsabilizados pela qualidade e segurança nos cuidados aos pacientes. É de conhecimento que novas estruturas de administração, educação e avaliação são essenciais para a melhoria na qualidade do cuidado e para a promoção da segurança do paciente. A colaboração e os esforços compartilhados entre os gestores e servidores são desafios a serem alcançados para a melhoria da segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

A fala dos participantes nos grupos focais vem endossar a percepção da equipe em relação ao gestor local e a gestão do Município, sobre a inexistência de envolvimento e do investimento nas ações para a implementação do NSP-MPMB, como estratégia para melhorar a segurança do paciente na instituição estudada, conforme os relatos a seguir:

[...] A gerência, tem que também estar envolvida, porque não adianta só os profissionais, estarem envolvidos, aí gerência tem todo aquele aparato, que a gente tá discutindo, falta de recursos, materiais... Falta de investimento (GF1 – TEC 1).

[...] Se você for olhar a gerência esperando aqui, a gerência não conhece essa realidade, entendeu, sobre a cadeira, sobre marca, sobre estrutura no banheiro, não tem nem o que falar, a gente tem que ficar calado (GF1 – TEC 2).

[...] Mas a gente chega na definição que, a gerência tem que andar junto com a equipe de segurança do paciente (GF1 – TEC 4).

[...] Eu acho que a gerência, a coordenação acreditar na gente é muito importante, a gente quase, eu mesmo quase não assumo, então, na verdade a gente tem alguém que acaba segurando, que segura mais as coisas da gente, ajuda a resolver os problemas, coordenação, gerente, eu acho que se eu vi, nessa maternidade, porque a gente é da noite, então é difícil mesmo, o turno da noite pra gente é mais complicado, a sorte de ter enfermeira que acaba intermediando aí, a gente não fica tão assim, abandonado (GF1 – TEC 5).

Ao analisar os dados dos domínios condições de trabalho, percepção do estresse e percepção da gerência, é notório que esses fatores enfraquecem a segurança do paciente na Instituição pesquisada. A implementação do núcleo de segurança do paciente preconiza o

envolvimento e comprometimento da direção da Instituição e, nesse caso, o gestor deverá seguir todos os passos como decisão, planejamento, investimento e empenho na implementação do núcleo.

Além de trabalhar a cultura de segurança do paciente na instituição, é essencial investimento para melhoria das condições de trabalho, oferecendo condições mínimas para implementar os protocolos de segurança do paciente e desenvolver as ações estabelecidas e elaboradas no plano de segurança local. Nesse sentido, o gestor deverá assumir uma liderança proativa e positiva em relação à cultura de segurança, bem como elencar os recursos necessários.

6.5 PROTOCOLOS BÁSICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os protocolos são estratégias primordiais para o enfrentamento dos problemas advindo da assistência e da gestão dos serviços de saúde. Possui natureza técnica, organizacional e de cunho político, fundamentados em estudos e baseados em evidência científica. Sua função essencial é balizar a padronização de condutas clínicas ou de gestão ancorados em bases científicas. São ferramentas fundamentais no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações de assistência à saúde no que tange a padronização dos processos de trabalho com foco na segurança do paciente e qualidade da assistência. Os protocolos devem seguir à risca a avaliação, revisões sistemática e científica periódicas, acompanhamento gerencial. Caso contrário, ao invés de estimular a equipe, poderá cair no desuso e produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A implementação e instalação do núcleo de segurança do paciente é uma exigência legal instituída por meio da Portaria Ministerial nº. 529 de 2013, regulamentada pela RDC nº. 36 do citado ano (BRASIL, 2013a). Esses documentos preveem a criação do núcleo, elaboração do plano local, implantação dos protocolos e notificação dos eventos adversos. Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente. Foram regulamentados pela Portaria GM/MS nº. 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº. 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (BRASIL, 2013b, 2013c).

São seis protocolos básicos de segurança do paciente aprovados pelo Ministério da Saúde: identificação do paciente, cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviço de saúde, prevenção de úlcera por pressão, prevenção de quedas; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. (BRASIL, 2013d).

Considerando a especificidade da maternidade e a logística da instituição, foram priorizadas as implantações dos protocolos para identificação do paciente, prescrição e uso e administração de medicamentos. Os protocolos sobre a prática de higiene das mãos e cirurgia segura estão em processo de implantação. Além desses protocolos, abordam-se as estratégias de comunicação efetiva entre a equipe e a implantação do contato pele a pele.

Para nortear a equipe na implementação das metas de segurança do paciente optou-se por utilizar como condutor das ações da equipe, os protocolos da série segurança do paciente publicado pelo Ministério da Saúde. Para a linha de cirurgia segura encontra-se em processo de adaptação o protocolo para parto e nascimento seguro (BRASIL, 2013d).

6.5.1 Identificação do Paciente X Cultura de Segurança do Paciente

A implantação do protocolo de identificação do paciente teve adesão por parte da equipe, sendo constatado nos discursos dos participantes a importância da identificação correta do paciente, com foco na melhoria da segurança e respaldo para o profissional. Entre as metas estabelecidas pela OMS (2009) para melhorar a segurança do paciente nas organizações de saúde, a identificação do paciente é denominada como meta número 1, e é entendida como ponto fundamental nessa abordagem.

Destacam-se algumas recomendações a respeito da identificação do paciente, como a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação dos pacientes; a utilização de no mínimo dois identificadores para confirmar a identidade do paciente, e em unidades de pediatria e neonatologia recomenda-se utilizar o nome da mãe da criança ou do recém-nascido. Além disso, promover alerta para distinguir paciente com o mesmo nome; verificar a legibilidade e integridade das informações e não utilizar número de leito, sexo, diagnóstico ou idade para identificar o paciente (WHO, 2009).

Oferecer uma assistência segura ao paciente traduz reduzir os riscos de danos relacionados aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Identificar o paciente corretamente é uma ação que tem impacto significativo na redução de falhas evitáveis (LIMA, 2014).

A identificação do paciente é uma prática que necessita de baixo custo de investimento financeiro e alto envolvimento da equipe multidisciplinar com as medidas de segurança do paciente. Entretanto, é extremamente importante nos processos gerenciais e assistenciais à

saúde, pois incidentes, erros ou evento adverso relacionados a identificação do paciente podem apresentar desfechos irreversíveis (BATES et al., 2009).

Diante dessa prerrogativa, a OMS (2009) determinou medidas estratégicas para a identificação correta do paciente, dentre as quais se destacam: colocar e manter a pulseira durante todo o período que o paciente permanecer na instituição, ou seja, desde sua admissão até a alta; envolver todos os profissionais que executam os cuidados com o paciente na conferência dos dados da pulseira, antes de qualquer cuidado ou procedimento, envolver tanto o paciente como a família no processo de identificação, de forma ativa, além de estabelecer protocolos nas instituições de saúde precavendo as particularidades, como homônimos, abreviações ou impossibilidade no uso da pulseira (WHO, 2009).

Em relação à identificação dos pacientes, os participantes do estudo relataram a importância desse cuidado, destacando os riscos a que se expõe o paciente e a equipe, caso não seja realizado com precisão. O que ficou evidente é que as ações de segurança do paciente mais objetivas como procedimentos foram mais absorvidas pela equipe como por exemplo a identificação do paciente.

[...] Eu acho que ficou mais, o que ficou bem presente pra mim, foi a identificação do paciente, antes talvez a gente não desse tanta importância, sabe, em relação a isso, a gente, eu acho que muito mais atento a isso, paciente com mesmo nome, na mesma enfermaria, então eu acho que a gente acabou ficando mais ligado com relação a isso (GF1- TEC 1).

[...] Achei interessante também o que mostrou o risco né, o risco de não identificar o paciente, né, da hora de medicação e tudo mais, e eu não me lembro se foi logo depois, que ele passa lá no berçário, ver se tem mães com nomes iguais né, foi como uma espécie assim incrível, que foi descoberto muito rápido, né, então assim, ficou igualzinho, né, então eu achei muito interessante, pra gente ficar atento assim (GF1- TEC 5).

[...] Eu vejo que a equipe ela tá mais empenhada com relação a isso, assim, eu acho que com relação a identificação, o nome duplo, quando vejo, nossa senhora, tem dois nomes iguais aqui, igual já aconteceu, né, com a gente tá com três mães (GF1- TEC 2).

[...] E tem um outro, uma plaquinha de identificação que vai ter com cada paciente, toda situação diferenciada, mínima e pessoal desse paciente, vai tá na placa (GF1- ENF 3).

[...] Nós não colocamos o nome da paciente e o nome do RN, né, vocês colocam basicamente isso, é um técnica, aí vocês colocam pra, ou tem uma alergia a algum medicamento, então vai e coloca pra lembrar, mas não é só isso, tem uma identificação com uma série de questões que são importantes para cada (GF1- ENF 1).

[...] Identificação, eu adorei, ótima, muito bem estruturada (GF2- TEC 5).

[...] Acrescentou, pelo fato da preocupação da identificação do paciente, né (GF3- TEC 18).

[...] eu acho o seguinte, que vem crescendo muito, foi a questão da identificação, identificação das pacientes, porque a gente tinha uma dificuldade muito grande, de abrir um cartão sem ter um nome identificado ali, sabe, então isso pra mim, tá melhor, parece que tá chegando pra gente as informações mais tranquilo, pra gente completar, e dá continuidade, na vacina, pro paciente certo, aí com esse controle ficou bom (GF4- TEC 9).

Embora seja perceptível a mudança de postura dos profissionais em relação a identificação do paciente como estratégia para melhorar a segurança do paciente na instituição, existem falhas no processo que merecem um investimento mais robusto. Estudos apontam pontos falhos em relação à identificação do paciente por meio da pulseira do binômio mãe-filho relacionado ao processo, como a própria execução dos profissionais e as questões estruturais. Verifica-se a necessidade de intervenção em todo o processo, como a implantação de protocolo, investimento tecnológico, estimular o compromisso da equipe multidisciplinar com todo o processo de identificação e, conseqüentemente, com a segurança do paciente (TASE; TRONCHIN, 2015).

[...] Apesar de que a gente ainda tem falha, porque a gente sabe que é extremamente importante, já identificar o paciente na portaria, consta na nota a mãe do paciente, colocando tudo direitinho os dados, e eles já chegaram, já vim identificado de todas as etapas, né, isso nos falta porque a gente não tem pulseirinhas (GF1- TEC 3).

[...] Exemplo, identificação de paciente, as pessoas não colocam por preguiça ou por falta da caneta, ou uma coisa ou outra, e é muito triste quando você vê que é por preguiça, porque faz diferença, por que, por exemplo, você entra na enfermaria, entendeu, você olha, você vê o nome, você pergunta a pessoa, isso é muito, isso trabalha a segurança do paciente, então assim, existe uma coisa que, por exemplo, tá batendo muito na tecla aqui (GF3- ENF 5).

[...] A identificação do RN e da mãe, deixa muito a desejar, essa pulseirinha se cair uma gotinha de álcool nela, some tudo, acabou tudo, tá de péssima qualidade (GF3- TEC 7).

[...] E outra coisa, né, tá de péssima qualidade, e um perigo, né, a pulseirinha da perninha, com algumas de vocês eu já falei, quando o neném tá assim, ela machuca a pele do bebê, no pezinho é um perigo, aí tem que cortar e tirar (GF1- TEC 3).

[...] Aí acaba essa, você faz aquela com barbante, corre o risco de cortar o braço (GF2- TEC 6).

Fazendo uma análise dos discursos dos participantes, bem como da literatura pertinente ao assunto sobre a identificação do paciente, ficou notório que a identificação correta do paciente é uma estratégia valiosa para promover a segurança do paciente. Ainda, os participantes assimilaram bem essa informação e demonstraram como houve mudanças significativas de postura em relação à identificação do paciente como mecanismo de promover uma cultura de segurança do paciente no ambiente de saúde estudado.

Diante do contexto estudado, nota-se a importância de se investir no processo de identificação do paciente, com possibilidade de melhorias significativas, pois o ponto forte que é o envolvimento e comprometimento da equipe está presente na Instituição.

6.5.2 Segurança na Administração de Medicamentos X Cultura de Segurança do Paciente

Como parte introdutória da implementação do núcleo, abordando a segurança na administração de medicamentos de alta vigilância, realizou-se uma capacitação de toda a equipe sobre segurança na administração de medicamentos de alta vigilância. Houve uma participação efetiva da equipe de enfermagem e de farmácia, no entanto, não contou-se com a adesão da equipe médica. Após essa intervenção, retiraram-se os medicamentos de alta vigilância que se encontravam guardados nos setores de forma exposta e junto com os outros medicamentos utilizados com frequência. Essa retirada já tinha sido proposta outras vezes, contudo, sem sucesso.

A partir do surgimento das notificações sobre os eventos adversos em relação ao processo de medicação, detectou-se que a ausência de protocolo sobre diluição e administração de medicamentos na instituição era uma das causas raiz e, com essa constatação, houve a necessidade de construção de um protocolo institucional sobre a diluição e administração de medicamentos. Logo, construiu-se um protocolo com todas as medicações utilizadas, contemplando os dados como a apresentação da droga, diluição, incompatibilidades das drogas medicamentosas, validade após reconstituição, reações adversas e as restrições e compatibilidade na gestação e lactação.

Em 2005, a *Joint Commission on Accreditation* em parceria com OMS definiram seis metas internacionais para a segurança do paciente, são elas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local correto da intervenção, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, e reduzir o risco de lesões decorrentes de queda (SOUSA; MENDES, 2014). Entre as metas estabelecidas para melhorar a segurança do paciente nas organizações de saúde, melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, é denominada como terceira meta e entendida como prioridade na melhoria da segurança do paciente.

A segurança na terapia medicamentosa pode ser entendida como oferecer uma terapia medicamentosa livre de danos ou acidentes decorrentes de todo o processo de medicação, desde a indicação, prescrição, administração até a monitorização dos efeitos desejados ou colaterais, com a premissa básica de prevenir ou minimizar efetivamente os danos decorrentes desse processo (IPSM, 2005; BRASIL, 2013c).

[...] no início de tudo foi a medicação do paciente, as vias corretas de administração no caso de técnico de enfermagem trabalhar com o paciente, vê as reações, né, na administração, ainda mais, preocupado com as reações adversa, na hora de administração da medicação, e eu acho assim, que é uma revolução na área de enfermagem. (GF1- TEC 2).

[...] A questão das medicações, que são feitas lá, tempo de medicação, quantidade de medicação, reforçando essa questão da importância da segurança do paciente, essa questão né, da saúde do paciente das informações todas do paciente né, a medicação que é feita, né, como é feito (GF1- TEC 1).

[...] Já houve situações assim, que eu mesma tinha esquecido, e naquele momento, de fazer sulfato de magnésio no pré parto, daí a pouco, colega já chegou com a bomba de infusão montada, na solução, com todo o gotejamento e incorporou aquilo de um modo muito bacana, né, e os obstetra ficaram lá, naquela coisa, e insistindo, cadê, cadê, que não fez ainda, tá aqui na bomba, tá fazendo, mas não faz, não é assim, faz é com seringa, não, agora faz é assim na bomba de infusão é mais seguro (GF3- ENF 4).

[...] Porque a usuária tava muito grave, né, então é aquela coisa, fica todo mundo em cima, e a colega tinha incorporado muito bem a orientação, foi muito, inesquecível, aí eu fico assim, essas pessoas que são prescritores eles são a margem do processo, pouco participativo, com ele é o prescritor, eu quero desse jeito, mesmo que fuja ao protocolo (GF3- ENF 4).

Os erros decorrentes do processo da terapia medicamentosa são consequência de vários fatores, dentre esses um está relacionado ao despreparo dos profissionais em relação aos procedimentos técnico-científicos que envolvem a prescrição e administração de medicamentos. Essas posturas profissionais podem levar aos erros e, consequentemente, comprometer a segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2000).

Por se tratar do início do processo, as prescrições medicamentosas inadequadas podem acarretar problemas em toda a cadeia do processo e podem causar danos ao paciente (MIASSO, 2006). A Lei nº. 5.991/1973 estabelece requisitos que devem ser seguidos para a elaboração das prescrições medicamentosas, a prescrição deve conter a posologia, via de administração e frequência, têm de ser claras e legíveis. Essas características da prescrição garantem a segurança do paciente e do profissional que executa a administração das prescrições (GIMENES, 2010).

Em relação a observância dos requisitos para prescrição e administração de medicamentos, os participantes reconhecem a importância da precisão, clareza e da padronização na forma de prescrever, destacando:

[...] Os médicos, que estão fazendo as prescrições, absurdas as vezes, que a gente tem que perguntar, oi é assim, oi é desse jeito, e quem não pergunta, não faz, quem pergunta faz, então quem leva o ferro, o paciente, entendeu, então assim, eu não sei, eu só dei uma continuidade, sabe, então, a segurança do paciente (GF3- TEC 7).

[...] Igual algumas vezes já houve prescrição, por exemplo, sulfato de magnésio em infusão contínua, mas em minutos que não ia fazer em bolus intermitente, né e já houve prescritores, falando, ah não eu gosto de fazer assim não, gosto que faça é de seis a seis horas, eu gosto, não pode ser eu gosto, tem que ter um protocolo, que é institucional, com toda uma justificativa técnica, né, e às vezes a gente sente falta disso dessa padronização (GF2- ENF 3).

[...] Por isso que o treinamento tá sendo pra toda a equipe, tanto pro médico, como pra gente, pra todo mundo ter essa conscientização, da segurança do paciente (GF3- FAR)

[...] Com relação a isso, cada membro prescrever de um jeito e nós não ter um padrão. Ah isso tá sendo um problema enorme. Prescreve diferente inclusive, prescreve em drogas que não fazem parte do serviço (GF3- FAR).

[...] mas gente como é que é mesmo a diluição, porque os prescritores estavam com dúvida, a enfermagem falou no outro plantão, faz assim, faz assado, gente que horror, não tem um lugar pra gente consultar, e aí depois saiu, né, o manual, então assim, às vezes a gente fica com muita pressa (GF1- ENF 1).

[...] Ela citou o sulfato de magnésio, acho que você estava aqui no dia em relação ao sulfato, a prescrição tava de uma forma que a gente não tem o hábito de fazer, a médica, aí quando a gente fala em relação a segurança do paciente, se você não tá tendo, você prescreve, por exemplo, ela falou do protocolo lá tá dessa forma, mas aqui nunca foi, então aí, resumindo a história (GF3- TEC 7).

[...] Porque não são os médicos, é os plantonistas, isso eu acho que tem sido o maior problema que tá acontecendo na maternidade, a rotatividade grande, que a gente nem conhece direito os médicos, e ele traz, cada um é de um lugar, parece que a maternidade não tem aquele protocolo, assim, da maternidade e cada um trás de um lugar, um vem, por exemplo, do outro serviço e trás o de lá, não bate com o daqui, e não bate (GF2- ENF 3).

O erro no processo de medicação é um problema presente nas organizações de saúde e é apontado como uma das principais causas dos eventos adversos dos pacientes internados. As prescrições médicas têm um potencial de causar esses erros quando prescrita de forma incorreta, assim como um papel importante na prevenção desses eventos em relação ao erro de dose quando prescrita de forma adequada. Dados como ambiguidade, ilegibilidade e abreviaturas, são considerados pontos críticos nas prescrições, embora as recomendações da legislação vigente orientem que as prescrições sejam legíveis e claras (GIMENES, 2010).

No cotidiano dos serviços de saúde, a terapia medicamentosa está presente em quase todas as internações e atendimento ambulatoriais, sendo um ponto de alerta dos profissionais em relação aos erros ou incidentes relacionados ao processo de medicação.

Os dados do estudo supracitado apontam que a posologia de medicação estava ausente em 40%, rasuras em 17,5 % e o uso de siglas em 28,0% nas prescrições. Os erros de doses são considerados mais frequentes em relação à administração incorreta das medicações, pois quando a prescrição não está clara em relação à dosagem específica, às vezes com presença de siglas ou abreviaturas, existe um risco potencial do paciente receber uma dosagem errada. A identificação adequada do paciente também é outro ponto essencial, pois corre-se o risco de pacientes com nomes parecidos ou homônimos, internados no mesmo quarto, receberem medicamentos trocados ou dosagens erradas, quando se trata da mesma droga (GIMENES, 2010).

Além dos fatores presentes nas prescrições, outros fatores podem contribuir com os erros, pois o sistema de medicação passa por várias etapas e por vários profissionais, desde a prescrição, distribuição até a administração ao paciente, requerendo de todos os profissionais maior atenção em todas as fases do processo. A probabilidade de erros aumenta quando algum aspecto desse processo passa despercebido pelas pessoas no ambiente de trabalho. Daí a importância de realizar a notificação ou relato dos incidentes ou eventos adversos relacionados à medicação na instituição. Esses relatos ou notificações são dados importantes para o tratamento da causa raiz e aprender com os erros (FRAGATTA; MARTINS, 2004).

No relato desta pesquisa, fatores relacionados a erros na administração da medicação foram pontuados pela equipe, constatados nas seguintes falas:

[...] Que ela fez uma dosagem maior, eu olhei assim, peguei da colega lá, engraçado, essas medicações aqui, ô, acho que tá errado, eu fui na fulana, a fulana foi, nossa mas quem prescreveu isso, vou passar pra coordenadora e a coordenadora, pegou a prescrição, fez outra, agora imagine se a não consulta a médica, pegasse uma medicação, vai vê a funcionária também, não porque tá escrito é pra fazer (GF2- TEC 4).

[...] É igual o sulfato de magnésio, a gente tava fazendo de uma forma, e eles trouxeram de outra forma, fui conversar com a médica, notificar, pra ir de frente com o protocolo, e fui e conversei com ela, ela foi e fez, notificou no protocolo. Dá respaldo, uai (GF3- TEC 5).

Além dos aspectos relacionados à administração da medicação, mencionados acima, a ocorrência de eventos adversos oriundos da terapia medicamentosa podem estar relacionados a vários fatores, dentre eles, nomes de medicamentos com sons ou grafia semelhantes aos de outras drogas; prescrições com letra ilegível; embalagens ou rotulagem semelhantes;

deficiência na padronização de medicamentos nas instituições; aprazamentos incorretos e/ou não respeitados; conhecimento parcial dos profissionais sobre drogas. Diante disso, o problema relacionado aos riscos de erros em medicamentos, deverá ser pensado, e de uma forma mais sistêmica, envolvendo tanto o profissional que prescreve e administra até os órgãos regulatórios (REBRAENSP, 2013).

Ademais, tem-se os medicamentos classificados como medicamentos de alta vigilância, compreendido como aqueles que se administrados de forma inadequada possuem risco aumentado de causar danos significativos aos pacientes. Esses medicamentos são agrupados em classes terapêuticas, dentre elas, os de uso controlado e restritos como entorpecentes e opiáceos. Por serem considerados medicamentos potencialmente perigosos, só podem ser adquiridos e administrados mediante a prescrição médica e os mesmos devem ser armazenados em locais fechados à chave (armários, gavetas, etc.) (REBRAENSP, 2013).

Os medicamentos de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos demais, de forma que possam ser de fácil identificação através da cor do invólucro ou da etiqueta e armazenados separadamente e em gavetas chaveadas. As soluções eletrolíticas concentradas também são consideradas como medicamentos de alta vigilância e devem ter atenção especial devido à sua grande utilização e ao alto risco de causar dano ao paciente, inclusive morte, associado ao uso inadequado. Devem, portanto, ser armazenadas e manipuladas de forma controlada e segura (REBRAENSP, 2013).

A Maternidade Pública de Betim, observando as normativas para administração da medicação, adotou algumas medidas para melhor funcionamento e controle, entre elas, a busca do medicamento na farmácia mediante prescrição médica, resultando em maior rigor pela equipe da maternidade, após a implementação do NSP, provocando mudanças no modo de pensar e agir, conforme constatado nos extratos abaixo:

[...] Mudou sim, porque a gente passou a pensar, né, igual por exemplo, tirar a medicação do setor, a gente sabia que era perigoso, porque, só que não tinha visto essa solução, de ser liberado, pela farmácia, por exemplo, aguardar pra ele liberar pra gente o que a gente precisa, mudou, porque a gente passou a enxergar o quê que poderia fazer pra mudar isso (GF1- TEC 2).

[...] A outra coisa também, no caso do setor e aqui, né, porque a gente tinha as medicações, lá que a gente faz uso, foi recolhido, e foi um pessoal muito, ficou assim tão sofrido. A respeito do recolhimento das medicações que existiam lá, todo mundo foi se adaptando com o tempo e tá indo (GF1- TEC 1).

[...] Algumas coisas mudaram, tipo as medicações, que não ficam no setor, né, que, passou a ser liberado pela farmácia, essas mudanças também eu achei muito interessante, e no geral eu vi que as pessoas aceitaram bem, né teve uma aceitação das pessoas, porque não é uma mudança radical, as pessoas não tiveram que mudar, ela recordava o que tava perdido, né (GF1- TEC 3).

[...] Eu concordo, eu acho que a fala, é isso mesmo, que muitas vezes a gente, não só aqui nessa instituição como em outra instituição, de suspensão dos medicamentos de forma prescrita, e não acontece, inclusive, muitas vezes a enfermagem por comodidade, quer o produto mais perto dela, e aí pesa na questão da segurança, eu acho que com a implementação, depois dessa discussão, eu não vi problema quanto a isso (GF2- FAR).

[...] Pra nós aqui, além de terem tirado a medicação, assim, pra nós foi a melhor coisa que podia ter acontecido, aí tem essa dificuldade de pegar a receita, pegar na farmácia, mas aí, a gente que trabalha com criança que é um pouco mais, pra por medicação, achei muito interessante (GF4- TEC 6).

[...] Eu acho que sempre tive muita preocupação com a administração, o trabalho de fazer, porque a criança é muito mais complicado de reverter, então eu acho que mesmo assim, a medicação tá misturada, você correria risco de trocar, claro que você precisa estar focado no que você está fazendo (GF4- TEC 9).

[...] É que a gente já tá tão acostumado aquela rotina, né, se vai ali, tipo o soro tá aqui, as ampolas estão aqui mas você vai fazendo coisas mecanicamente, e o bom, que quando tem essas coisas, você vai se atinando, e vai voltando a conferir mesmo, a olhar, porque a gente confere, mas a gente tem aquela coisa, mecânica que foi feito, muitas vezes, aí acaba errando por causa disso, ou não, porque você, né, olha, tem que tá conferindo mesmo (GF4- TEC 8).

É importante também destacar as orientações, as recomendações do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISMP Brasil para minimizar o potencial de erros em relação aos medicamentos de alta vigilância. Dentre essas recomendações estão: estabelecer e divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos na instituição de saúde; padronizar prescrição, dispensação, preparação, administração e armazenamento; utilizar etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados nas embalagens; implantar práticas de dupla checagem na dispensação, preparo e administração; limitar o número de apresentações e concentrações disponíveis, particularmente de anticoagulantes, opiáceos e insulinas; retirar das enfermarias e ambulatorios soluções concentradas de eletrólitos, particularmente cloreto de potássio injetável; estabelecer e divulgar as doses máximas desses medicamentos; fornecer e melhorar o acesso à informação sobre estes medicamentos; utilizar indicadores para gerenciamento dos erros de medicação; incorporar alertas de segurança nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação (IPSM, 2005).

Neste sentido, a prática na maternidade em estudo, mostra que as mudanças incorporadas ao processo de administração da medicação, foram percebidas como positivas pela equipe, que manifestou maior segurança na execução do procedimento.

[...] Para nosso aprendizado também, a medicação veio com o rotulzinho, eu achei interessante, porque antes não vinha, a ampola do antibiótico, lá se tinha que ler realmente a letra era muito pequeninha, aumentou, aí você já pega, você já olha, é claro que a pessoa não olha o rótulo, geralmente eu olho e leio mais um pouquinho, um pouquinho mais atentando o que você tá lendo, sem rótulo, mas pode ser que a

... pessoa não... a gente é faço de errar, colocado rótulo ali, posto nome, eu sempre leio a ampola, parece que deixou bem, deixou a gente bem mais preparado mesmo com os riscos(GF4- TEC 8).

[...] Eu acho que sim, é o que a gente tinha falado antes, a gente fica mais atento, e fica, como diz assim, com respaldo né? Igual ela falou, a partir do momento que tira uma medicação, que muda o rótulo, pra facilitar o nosso trabalho, pra facilitar, dificultar na verdade, a questão do erro, eu acho que é válido e foi contínuo, já tem, assim, já se tem resultados, mesmo estando no começo e tudo(GF4- TEC 9).

[...] As plaquinhas que a farmácia coloca lá de distribuição de droga, algumas drogas que eu achava que podia diluir de um jeito, lá tá escrito, outros modos, eu acho que chama, passei enquanto enfermeira a ficar mais atenta, já tinha uma atenção mais atenta às prescrições, você acha mil e um erros, erros de prescrição, erros de checagem da própria enfermagem, checagem que é frágil, que é ilegal, que é sem assinatura, e sem colocar checagem, não tem padrão de checagem, cada um faz de um jeito(GF1- TEC 2).

Em relação à documentação, o profissional deve registrar no prontuário o medicamento administrado ou recusado e o respectivo horário, sendo muito importante que se faça a correta checagem das medicações preparadas e administradas. O medicamento deve ser oferecido ao paciente em todos os horários prescritos. Os registros e as informações acerca da realização ou não de sua administração devem ser documentados no prontuário do paciente. Além disso, é imprescindível registrar as eventuais reações adversas causadas pelos medicamentos aplicados (REBRAENSP, 2013).

[...] vamos olhar aqui no protocolo ver se não tenho mesmo a medicação, a gente tava lá do outro lado dando continuidade, isso mostra, que tá fluindo, tem interesse, as pessoas estão olhando né, é um instrumento da gente trabalhar, né, então assim, tá fazendo a diferença, eu acho que isso é importante (GF1- TEC 2).

[...] Quando é instituição, quando o gestor vem lá de cima, impõe, né, mas impõe não por impor, impõe porque é mais seguro, impõe porque existe toda, uma necessidade de incorporar aquilo, porque é para o bem do cliente e nosso, né, eu sinto assim, que eu passei a utilizar mais os recursos que tem pra consulta(GF3- ENF 5).

[...] É só a gente pegar, qual é o erro maior nosso da enfermagem, e pegar mais protocolo, e que a gente já teve isso na maternidade, foi a administração de medicamentos, criou um protocolo de medicação, traz seguranças, traz novos conhecimentos, e a gente pode ir lá ler e reler, na hora de administrar a medicação, que ela pode ser prescrita errada, para ela ser administrada da forma certa. traz segurança na hora de administrar (GF3- TEC 5).

[...] O núcleo, ele estando institucionalizado, todo mundo já conhece, eu acho que tem mais coisa hoje para poder fazer algumas alterações, tipo isso que ela falou né em relação aos medicamentos que foram tirados do setor, então foi a partir do núcleo, então eu acho que com prescrição, acho que o núcleo podia assumir essa questão de rediscutir essas prescrições preparadas, e aí a gente trabalhar numa prescrição mais racional (GF1- ENF 1).

Ficou evidente pelos discursos dos participantes a importância da segurança na terapia medicamentosa como estratégia para melhoria na cultura de segurança do paciente na Instituição. É perceptível nas falas acima a importância das notificações dos eventos adversos

e também assumir a postura de solucionar o problema na hora do ocorrido para evitar que o dano chegue ao paciente. Percebe-se, ainda, pela fala da equipe, que existe um número significativo de quase erros no processo da medicação.

De acordo com os dados encontrados neste estudo e da literatura vigente em relação a segurança na terapia medicamentosa, observou-se a mudança de postura da equipe de enfermagem e da farmácia em relação ao processo de medicação, mostrando-se mais atentos e preocupados com a questão da segurança do paciente e mudando suas percepções em relação à cultura de segurança na instituição.

Entretanto, é perceptível a não participação da equipe médica nas discussões acerca do tema, o que compromete muito a segurança do paciente em relação à terapia medicamentosa. No caso do processo de medicação, o prescritor encontra-se no início do processo, sendo uma parte fundamental, tanto para a prevenção dos eventos adversos quanto como potencial para aumento dos riscos.

Outro ponto crítico que merece ser pontuado em relação aos achados deste estudo diz respeito às notificações dos eventos adversos pela equipe. Os profissionais ainda estão trabalhando as notificações no âmbito local, resolvendo o quase erro nas medicações de forma efetiva, mas não dando continuidade ao processo de notificação para proporcionar uma atuação mais efetiva do NSP-MPMB em aplicar a cultura justa de aprender com os erros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente na Maternidade Pública de Betim, Estado de Minas Gerais. Para tanto, mensurou-se a cultura de segurança do paciente na instituição, objetivando conhecer as fragilidades e potencialidades vivenciadas pelos servidores em relação a cultura de segurança do paciente e entender o funcionamento do NSP-MPMB.

Todo o caminho percorrido foi essencial à proposição de melhorias no processo de trabalho, que garantissem a segurança do paciente, tendo como referência o levantamento de dados e as discussões com os servidores da Instituição.

Por meio da aplicação do Questionário Atitudes Seguras e dos relatos dos servidores foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente e fortalecimento de uma cultura de segurança na instituição. No entanto, fatores intrínsecos ao processo assistencial e gerencial, como a falta de investimento e de recursos necessários, têm comprometido a implementação de ações para o funcionamento mais robusto do NSP-MPMB.

O estudo apontou que mudar uma cultura de segurança do paciente na instituição de saúde requer tempo e investimento tanto por parte dos gestores locais como dos níveis centrais, que uma política de cultura de segurança do paciente requer um trabalho contínuo, que estimule a participação ativa dos servidores e gestores, tanto na construção dos fluxos, rotinas e protocolos institucionais como na execução de suas atividades assistenciais.

Destaca-se que uma cultura de segurança forte está atrelada a um trabalho em equipe multidisciplinar, com uma comunicação clara e efetiva. As hierarquias existentes nas relações entre a equipe da instituição não podem comprometer o processo de identificação e notificação dos eventos adversos ocorridos na organização de saúde.

Assim, evidenciou-se que são vários os desafios do funcionamento de um Núcleo de Segurança do Paciente. Entre as dificuldades que permeiam a construção de um trabalho em equipe, destaca-se o desconhecimento do papel de todos os membros da equipe, demonstrando a necessidade de superar a comunicação fragmentada dos profissionais em relação a assistência ao paciente. É importante ressaltar a necessidade de implementação e manutenção das metas de segurança do paciente, como a comunicação efetiva entre a equipe, identificação correta do paciente, gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância,

redução dos índices de infecções por meio de práticas de lavagens das mãos e realização de cirurgias segura e, no caso da maternidade, o parto e nascimento seguros.

Dentro dessa perspectiva, propõe-se como produto técnico desta dissertação ações voltadas para o fortalecimento e manutenção de funcionamento do Núcleo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde do Município, com investimento de recursos que possibilitem a implantação e manutenção das metas de segurança do paciente (APÊNDICE C). Entre as principais ações podem ser citadas aquelas direcionadas à comunicação, tais como a implantação do prontuário eletrônico, de pulseiras de identificação do paciente, de placas de identificação do paciente a beira do leito, de etiquetas para identificação de solicitação dos exames e amostras dos mesmos.

No que diz respeito às ações assistenciais propriamente ditas, deve-se investir na construção e atualização periódicas dos protocolos institucionais, educação permanente dos profissionais por meio de simulações e treinamento em equipe, comunicação efetiva e manejo dos pontos críticos de falhas na comunicação. Ainda, criar mecanismos que estimulem as notificações dos eventos adversos e análise da causa raiz dos problemas encontrados, com *feedback* efetivo aos servidores e o aprendizado organizacional com os eventos adversos notificados.

Convém ressaltar que os objetivos do estudo foram alcançados e que apesar de todas as dificuldades e do prazo curto de funcionamento do NSP-MPMB, dez meses, foi possível verificar que houve mudanças nos estágios de maturidade da cultura de segurança do paciente na Instituição. Como resultado desta investigação foi possível verificar que a Instituição avançou de uma cultura patológica encontrada antes da implementação do NSP-MPMB para uma cultura reativa.

Na construção deste estudo, a experiência vivenciada durante todo o processo, desde a implementação até a avaliação do Núcleo, possibilitou a imersão no campo de observação e, assim, conhecer os desafios e características do funcionamento do NSP.

Finalmente, cabe ressaltar que considerando as especificidades de uma maternidade, onde os procedimentos invasivos devem ser cautelados em detrimento da fisiologia do parto e nascimento, existe uma linha tênue entre as mudanças de cenário de um parto normal fisiológico sem intervenções para um parto com necessidades de intervenções e uso de tecnologias de alta complexidade. Nessa situação, as decisões da equipe devem ser tomadas considerando os princípios instituídos e de forma coerente com as condições, ágil e rápida.

Nesse cenário complexo, o NSP é uma estratégia que tem muito a contribuir para uma assistência materna e infantil segura, possibilitando maior confiança para os profissionais que atuam nessas instituições.

REFERÊNCIAS¹

- ARCURI, E. A. M. Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 25, n. 2, p. 229-37, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341991000200229&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, v. 42, n. 2, p. 133-142, 2016. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2518>>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BATES, D. W. et al. Global priorities for patient safety research. **BMJ**. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19443552>>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev Bras Educ Med**. v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BIOPSIN, P. S. et al. (Org). Guia prático para Segurança do paciente. In: BARROS; FÉLIX. **Cultura de Segurança**. Porto Alegre: Moriá, 2019. 255 p.
- BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. v. 6, n. 1, p. 74-80, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013(a). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 2013(b). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 21 out. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 2013(c). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 21 out. 2016.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2013(d). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras De Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 jun. 2013(e). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a Segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013(f). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>. Acesso em: 9 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 20jan. 2019.

CAMPBELL, C.; CORNISH, F. Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilisation. **AIDS care**, v. 22, Suppl. 2, p. 1569–1579, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21161761>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

_____. How can community health programmes build enabling environments for transformative communication? Experiences from India and South Africa. **AIDS and behavior**, v. 16, n. 4, p. 847–857, may. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21604108>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina. Ribeirão Preto**, v. 33, n. 3, p. 322-330, jul./set. 2000. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CARVALHO, R. E. F. L; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **RLAE - Revista Latino-Americana. Enfermagem**, v. 3, n. 2, mai-jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

CARVALHO, P. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **RLAE - Revista Latino-Americana. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-8, 2015. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/108014>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J.M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Aff.**, v. 30, n. 4, p. 559-68, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471473>>. Acesso em 12 mar. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a instituição da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CRISTINA, D. B. et al. Comunicação e Cultura de Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar: Visão da Equipe Multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFMS**, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1>. Acesso em: 18 fev. 2019.

DALFOVO, M. S. et al. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Ciência Aplicada**, v. 2, n. 4, p. 01-13, Sem II. 2008. Disponível em: <https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/9.1b%20metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

DEKKER, S. W. A. **Just culture: restoring trust and accountability in your organization**. 3 ed. Burlington, VT: Ashgate, 2016.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health**, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/73075>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da Pesquisa-ação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FERREIRA, E. C. S.; MELO, N. S. Diagnóstico de cultura de segurança do paciente. **Ver. Enferm. UFPE**, v. 13, n. 242490, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>>. Acesso em: 20 set. 2019.

FIGUEIREDO, A. M; GUILHEM, D. Ética Moral. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 29-46, ago. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2008v5n1p29/10868>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Revista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 mai. 2019.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Heal Care**. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

FRAGATTA, J.; MARTINS, L. **O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2004. 327p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Perfil da Enfermagem no Brasil(Relatório Final)**, v. 1, 2017. Disponível: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2019.

GABA, D. M. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. **British Journal of Anaesthesia**, v. 320, n. 7237, p. 785-788, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117775/>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIMENES, F. R. E. et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose **RLAE - Revista Latino-Americana. Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GRITTEM, L. et al. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 765-770. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400019>. Acesso em: 18 jan. 2020.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **ACSNI Study Group of Human Factors: third report: organizing for safety**. London: HMSO, 1993. 100p.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Qual Saf Health Care**. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (IPSM). Desafio global de segurança do paciente medicação sem dano. **Boletim ISMP Brasil**. 2005. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. S. (EDS.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

KOHN, L.T. et al. **Errors in health care: a leading cause of death and injury**. In: To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: Institute of Medicine- National Academy Press; 1999. p. 26-48.

LANZILLOTTI, L.S. **Eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e sua interferência no óbito neonatal precoce**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/lanzillottilsd.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

LAVOIE, et al. **La recherche-action: th -action éorie et pratique.** (Manuel d'autoformation). Canadá: Presses de l'Université du Québec, 1996.

LEAPE, L. L. When Good Doctors Go Bad. A Systems Problem. **Annals of Surgery.** 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1856582/>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

LIMA Jr. A. J. et al. Porque que eu preciso aprender sobre segurança do paciente? In: BIOPSIN, P. S. et al. (org). **Guia prático para Segurança do paciente.** Porto Alegre: Moria, 2019. 255p.

LIMA, M. D. F. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Rev. Espaço para a Saúde,** Londrina, v. 15, n. 4, p. 22-29, 2014. Disponível em: <<http://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/index>>. Acesso em: 14 de jan. 2020.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 800 p.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/38760/22926>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **RLAE - Revista Latino-Americana. Enfermagem,** v. 14, n. 3., p. 354-63, mai-jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4_a10.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

NASCIMENTO A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 16, n. 8, p. 3591-3602, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900027>. Acesso em: 13 nov. 2019.

NASCIMENTO, J. C; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica,** São Paulo, v. 6, n. 2 p. 299-309, 2015. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

NAVARRO, A. S. S. et al. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.,** 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 9 jan. 2020.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual SafHealCare.,** 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

NORMA, V. D. O. S. et al. Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 961-969, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669004>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4e58662, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400405&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxon_omy/en/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OTERO, J.; GOMES, S. (Org.) **Mim de Lua Agenda Menstrual com Mandala Lunar**, 2020.

PETTIGREW, A. M. **The awakening giant: continuity and change in Imperial Chemical Industries**. Oxford [Oxfordshire]. New York, NY: Blackwell, 1985.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2020.

PRONOVOST, P.; SEXTON B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, 2005; n. 14, v. 4, p. 231-233. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076784>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

RAQUEL, D. C. M. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Revista Cogitare Enfermagem da URPR**. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

REASON, J. **Human error: models and management**. Brit Med J. 2000. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/320/7237/768/peer-review>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

REBRAENSP. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. 2013. Disponível em: <<http://rebraensp.blogspot.com.br>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2020.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688815&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026618002>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

ROCHELI, B. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Revista de enfermagem da UFPE**, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158954>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHWONKE, C. R.G. B. et al. Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. **Enfermería Global**, n. 41, p. 220-232, 2016. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/207821/188501>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SILVA, B. E.; MELLEIRO, M. Gestão Hospitalar e Cultura de Segurança do Paciente na Percepção da Equipe de Enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/319859077_GESTAO_HOSPITALAR_E_CULTURA_DE_SEGURANCA_DO_PACIENTE_NA_PERCEPCAO_DA_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SINHA, A. et al. The fatigued anesthesiologist: A threat to patient safety? **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v. 29, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713658/>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 206 p. vol. 2, 2014. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vtq2b/pdf/sousa-9788575415948.pdf>>. Acesso em: 13 de jan. 2020.

SOUSA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Escola Anna Nery. v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 21 jan. 2019.

ST PIERRE, M. Safe patient care - safety culture and risk management in otorhinolaryngology. **GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.**, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884544/>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SUGDEN, C. et al. What are the effects of sleep deprivation and fatigue in surgical practice. **Semin Thoracic Surg.**, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200071>>. Acesso em: 9 set. 2019.

TASE, T. H; TRONCHIN, M. M. R. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e conformidade das pulseiras. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 374-380, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2020.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **RLAE - Revista Latino-Americana. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-763, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2020.

TRIVIÑOS, A. W. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VICENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2009. 87 p.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478 p.

WALEED, A. N. et al. "Cultura de segurança do paciente em unidades de maternidade: uma revisão", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 32, n. 4, p. 662-676, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/IJHCQ>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient safety**: fo ward programme. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety. Global priorities for research on patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: A world alliance for safer health care**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa – Aplicação do Questionário Atitudes Seguras.

Você foi selecionado(a) por fazer parte da equipe multidisciplinar da Maternidade Pública Municipal de Betim do Estado de MG. Segundo esses critérios de inclusão todos os profissionais serão convidados a participar da pesquisa, respeitando o horário e os dias de plantões dos profissionais. A sua participação nesse estudo consiste em responder ao Questionário Atitudes Seguras, que será realizada no seu local e horário de trabalho. Cabe a você decidir se irá ou não participar. Caso não aceite, não terá nenhuma desvantagem ou prejuízo. Sua participação é muito importante.

O estudo tem por objetivo geral Avaliação da implementação do Núcleo de segurança do paciente a partir da percepção dos servidores após dez meses da sua criação na Maternidade Pública de Betim *Haydée Espejo Conroy*. E como objetivos específicos: Conhecer atitudes seguras das equipes multiprofissionais, apoio diagnósticos e administrativos; Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição; Propor ações que assegurem o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

Pretendemos com isso, propor estratégias para melhorar e efetivar o funcionamento do NSP como um instrumento de mitigação dos Eventos Adversos com foco na segurança do paciente, melhorias na qualidade da assistência e satisfação do profissional.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, após assinados uma via será entregue ao pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Esclareço que após a entrega do termo assinado o mesmo será guardado em envelope pardo e arquivado pelo pesquisador, em nenhum momento você será identificado. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções nº 466/13; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos (BRASIL, 2012).

Após leitura e assinatura desse Termo de Consentimento o Sr.(a) receberá o Questionário Atitudes Seguras, traduzido e adaptado para o Brasil em 2011, por Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, em sua tese de doutorado intitulada ‘Adaptação Transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário Atitudes de Segura”.

O Sr.(a) poderá responder este questionário agora ou entregar ao pesquisador responsável no prazo de até uma semana, sendo que o pesquisador estará presente na instituição todos os dias no período diurno e até as 22 horas. Informo ainda que o impresso do questionário não possui identificação do participante e que após entregue será guardado num envelope pardo para este fim. Os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e autorizado pela Maternidade Pública Municipal de Betim.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados. Sem

nenhum prejuízo ou penalização a Sr.(a) ou à instituição, nem receberá nenhuma vantagem financeira, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que você irá participar no período em que estiver na instituição.

Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente documento, em duas vias sendo que uma ficará com o Sr.(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9850. E-mail: elianemg@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadora: Elaine Cristina de Souza Ferreira

Endereço de contato: Rua Saudade ,55, apto 202 B. Novo Progresso, CEP: 32.140-550, Contagem, MG. Telefone: (31) 986527986. E-mail: elaineufmgmestrado@gmail.com

Assinatura do pesquisador (mestranda).

Em caso de dúvidas, com respeito aos preceitos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. [Tel:34094592](tel:34094592). Belo Horizonte, ____/____/____.

CEP-BETIM - Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Betim – Rua Pará de Minas, 640. Betim, MG – Brasil. CEP: 32600413. E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br. Tel: (31) 35123313. Belo Horizonte, ____/____/____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) GRUPO FOCAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa – Grupo Focal.

Prezado Sr. (a), você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, de forma voluntária que estudará a Avaliação da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por meio da participação de um Grupo focal, planejado, organizado e conduzido pelo pesquisador. Desenvolvida pela aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (MPGSS - UFMG) e que representa como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa é de responsabilidade da enfermeira Elaine Cristina de Souza Ferreira, orientada pela professora da Universidade Federal de Minas Gerais Dr^a. Eliane Marina Palhares Guimarães.

Você foi selecionado(a) por fazer parte da equipe multidisciplinar da Maternidade Pública Municipal de Betim do Estado de MG. Segundo esses critérios de inclusão todos os profissionais serão convidados a participar da pesquisa, respeitando o horário e os dias de plantões dos profissionais. A sua participação nesse estudo consiste em responder ao Questionário Atitudes Seguras, que será realizada no seu local e horário de trabalho. Cabe a você decidir se irá ou não participar. Caso não aceite, não terá nenhuma desvantagem ou prejuízo. Sua participação é muito importante.

O estudo tem por objetivo geral Avaliação da implementação do Núcleo de segurança do paciente a partir da percepção dos servidores após dez meses da sua criação na Maternidade Pública de Betim *Haydée Espejo Conroy*. E como objetivos específicos: Conhecer atitudes seguras das equipes multiprofissionais, apoio diagnósticos e administrativos; Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição; Propor ações que assegurem o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

Pretendemos com isso, propor estratégias para melhorar e efetivar o funcionamento do NSP como um instrumento de mitigação dos Eventos Adversos com foco na segurança do paciente, melhorias na qualidade da assistência e satisfação do profissional.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, após assinado uma via será entregue ao pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Esclareço que após a entrega do termo assinado o mesmo será guardado em envelope pardo e arquivado pelo pesquisador, em nenhum momento você será identificado. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/13; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Após leitura e assinatura desse Termo de Consentimento o Sr.(a) será conduzido para a participação do grupo focal com diálogo reflexivo sobre os temas pertinentes da cultura de segurança do paciente e a fala dos participantes serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível ao conteúdo, estando à sua disposição para ouvi-la, se assim o desejar. As gravações serão transcritas na íntegra e as transcrições e os termos de consentimentos livre e esclarecido serão guardados em locais seguros por cinco anos e serão destruídos após este período. A gravação das falas ficou em segredo e seu nome não será divulgado. A Sr.(a) gastará em média de 40 a 60 minutos para participar do grupo focal.

Os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e autorizado pela Maternidade Pública Municipal de Betim.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados. Sem nenhum prejuízo ou penalização a Sr.(a) ou à instituição, nem receberá nenhuma vantagem financeira, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que você irá participar no período em que estiver na instituição.

Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente documento, em duas vias sendo que uma ficará com o Sr.(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Assinatura: _____

Atenciosamente,

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9850. E-mail: elianemg@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Pesquisadora: Elaine Cristina de Souza Ferreira

Endereço de contato: Rua Saudade,55,Apto 202 B. Novo Progresso, CEP: 32.140-550, Contagem, MG. Telefone: (31) 986527986. E-mail:elaineufmgmestrado@gmail.com

Assinatura do pesquisador (mestranda).

Em caso de dúvidas, com respeito aos preceitos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. [Tel:34094592](tel:34094592). Belo Horizonte, ____/____/____.

CEP-BETIM - Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Betim – Rua Pará de Minas, 640.Betim, MG – Brasil. CEP: 32600413. E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br. Tel: (31) 35123313. Belo Horizonte, ____/____/____

APÊNDICE C – Plano de Ação

Proposta de medidas para assegurar a consolidação do NSP na Maternidade Pública Municipal de Betim

Autora: Elaine Cristina de Souza Ferreira

Este documento é o produto técnico da dissertação desenvolvida para o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A pesquisa desenvolvida, intitulada “AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE”, teve por objetivo avaliar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Maternidade da região metropolitana de Belo Horizonte/MG e apresentar medidas a serem implementadas a curto e médio prazo que assegurem a consolidação do NSP, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

1. INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente tornou-se alvo de destaque a parti do relatório *To Err is Human do Institute of Medicine (IOM)* dos EUA, publicado em 1999. Esse relatório demonstrou dados alarmantes sobre a incidência de eventos adversos baseado em dois estudos, sendo um no hospital localizado no estado de Nova Iorque e outro em uma instituição de saúde no Colorado. Esse estudo estimou que ocorriam nos EUA de 44 a 98 mil mortes por ano em decorrência de erros no cuidado hospitalar. A ocorrência de eventos adversos (EA) representa prejuízo financeiro para os serviços de saúde, mas não apenas, pois, além da perda financeira, representa prejuízos pessoais e sociais decorrentes das mortes e incapacidades transitórias ou permanentes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A segurança do paciente contempla várias estratégias, entre elas, a formação do NSP nas instituições hospitalares. Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem a função de promover a qualidade do cuidado em saúde por meio das ações estratégicas para a promoção da segurança do paciente no território nacional. As diretrizes propostas no programa preveem que os hospitais públicos e privados devem instituir estruturas e atividades para a gestão de risco associadas ao processo de

cuidado em saúde. A criação do NSP é uma dessas estratégias e está prevista a elaboração de um Plano de segurança do paciente bem como a adoção dos protocolos para a redução dos riscos (BRASIL, 2013d).

Considerando a necessidade de implementação do NSP, a Instituição estudada iniciou o processo de implementação do NSP em janeiro de 2019. A pesquisa desenvolvida avaliou a implementação desse Núcleo a partir das percepções dos servidores da Instituição acerca da cultura de segurança do paciente no ambiente de trabalho.

Diante da análise e avaliação dos achados no estudo, faz-se necessário dar continuidade ao processo de implementação do Núcleo e propor medidas que assegurem seu funcionamento, monitoração e adequações contínuas. Os principais resultados encontrados na pesquisa apontam para os seguintes pontos:

Pontos positivos:

- ❖ Equipe mais atenta a segurança do paciente;
- ❖ Equipe gosta de trabalhar na instituição e gosta do que faz;
- ❖ Equipe está motivada em relação a implementação de melhorias.

Pontos negativos:

- ❖ Ausência de protocolos clínicos na instituição;
- ❖ Estrutura física precária;
- ❖ Gestão enfraquecida;
- ❖ Tema de segurança do paciente ainda incipiente;
- ❖ Falta de apropriação da equipe em relação aos recursos de notificações dos eventos adversos;
- ❖ Falta de feedback para a equipe em relação aos eventos adversos.

É importante ressaltar que além dos principais pontos listados acima, o processo de implementação do NSP encontrou um grande desafio em relação aos recursos estruturais, envolvendo falta de recursos físicos, baixo envolvimento dos gestores, equipe desfalcada que contribuiu muito para o avanço incipiente da funcionalidade no Núcleo. Outro fator dificultador diz respeito ao fato de a instituição estar em processo de transição de estrutura física, ou seja, será transferida para outro espaço físico e, em consequência, neste momento não haverá nenhum investimento na Instituição em funcionamento.

Considerando essas particularidades, a presente proposta tem por finalidade implementar medidas de curto e médio prazo para o funcionamento e fortalecimento do NSP.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover o desenvolvimento do NSP da Maternidade Pública Municipal de Betim/MG, na perspectiva das diretrizes do PNSP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os resultados da avaliação do NSP desenvolvida nesta dissertação aos servidores e gestores da instituição.
- Apresentar a proposta de implementação do NSP para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde na nova unidade, denominada de Centro Materno Infantil.
- Dar continuidade a implementação dos protocolos de segurança do paciente do Ministério da Saúde previsto no PNSP.
- Propor estratégias para o aprimoramento das notificações dos eventos adversos.
- Apresentar a proposta de revisão e construção dos protocolos clínicos.
- Divulgar as ações do NSP para a rede de assistência à saúde do Município de Betim/MG.

3. METODOLOGIA

A atividade será dividida em três etapas: Na primeira, os resultados da dissertação serão apresentados em reuniões com todos os servidores e gestores da Instituição na modalidade de apresentação com auxílio de recursos tecnológicos (Power point) e espaço para discussão, esclarecimentos e encaminhamentos.

No segundo momento, realizar-se-á duas oficinas de trabalho com a equipe para a implementação dos protocolos de lavagens das mãos em serviços de saúde e cirurgia segura, adaptação para parto e nascimento seguro.

As reuniões e oficinas propostas serão realizadas nos plantões A, B e C, diurnos e noturnos, em dois momentos para permitir a participação da maioria dos servidores e não comprometer a assistência aos pacientes.

Na terceira etapa, será apresentada a proposta de implementação do NSP para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde que estão à frente da construção do Centro Materno Infantil, bem como a estrutura e composição e a legislação pertinente.

A proposta será apresentada contemplando os recursos e itens necessários para a implementação do Núcleo, como por exemplo, placas de identificação a beira do leito, pulseira de identificação do paciente, prontuário eletrônico e etiquetas de identificação impressas.

No que se refere à divulgação do trabalho para a rede de saúde do Município, será convidada a imprensa do Município de Betim/MG como parceira desta ação.

4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Realizar-se-á quatro encontros. Os três primeiros encontros com 1h30min de duração; o quarto, com 2h de duração. Sendo o primeiro encontro com os servidores e gestores da maternidade para a apresentação dos resultados da dissertação e agradecimentos por participarem da pesquisa. Serão realizados nos plantões A,B e C, diurno e noturno, em dois momentos em cada plantão, perfazendo um total de 12 encontros.

O quarto encontro será com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde para a apresentação da proposta de implementação do NSP na nova estrutura física denominada Centro Materno Infantil. Um encontro com duração de 2h em dia e horário acordados com os gestores.

Quadro 2: Plano de ação da proposta de intervenção Maternidade Pública Municipal de Betim. 2020

OPERAÇÃO	AÇÕES	RESPONSÁVEL	RECURSOS NECESSÁRIOS	DATA/PERÍODO	PARTICIPANTES	RESULTADO ESPERADO
1ª Encontro	Apresentação dos resultados da dissertação para os participantes e agradecimentos	Elaine – Enfermeira coordenadora do NSP-MPMB e Mestranda	-Power point -Lembrancinhas	Abril de 2020	Equipe multiprofissional dos plantões A, B e C, diurno e noturno.	-Feedback para a equipe da maternidade.
2ª Encontro	Oficina: Lavagens das mãos em serviços de saúde	Elaine – Enfermeira coordenadora do NSP-MPMB e Mestranda	-Power point -Materiais e insumos para a aula prática de lavagens de mãos	Maio de 2020	Equipe multiprofissional dos plantões A, B e C, diurno e noturno.	-Conscientizar a equipe da maternidade sobre a importância da prática de lavagens de mãos como estratégias de redução das infecções hospitalares de transmissão hospitalar e promoção da segurança do paciente.
3ª Encontro	Oficina: Apresentação do tema cirurgia segura e adaptação do <i>checklist</i> cirurgia segura para parto e nascimento seguro	Elaine – Enfermeira coordenadora do NSP-MPMB e Mestranda	-Power point -Materiais de escritório.	Junho de 2020	Equipe multiprofissional dos plantões A, B e C, diurno e noturno.	-Implantar o <i>checklist</i> cirurgia segura adaptado como estratégia para a promoção do parto e nascimento seguros.

4ª Encontro	Relato da experiência de implementação do NSP-MPMB para os gestores da atenção à saúde materno e infantil do município de Betim e proposta de implementação do NSP no Centro Materno Infantil	Elaine – Enfermeira coordenadora do NSP-MPMB e Mestranda	-Power point	A combinar.	Gestores da Secretaria, da Maternidade Pública Municipal de Betim e Maternidade do Hospital Regional	Sensibilizar os gestores para a implementação do NSP no Centro Materno Infantil
-------------	---	--	--------------	-------------	--	---

Extraído de: Própria autoria, 2020

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se através da discussão e problematização dos resultados encontrados que os encontros propostos possam trazer como produto melhoria no funcionamento e consolidação do NSP na maternidade, que esse possa ser implementado na nova estrutura para onde será transferida a maternidade.

ANEXO A – Questionário Atitudes Seguras

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma maternidade.

O presente questionário é parte integrante dos dados para realização da pesquisa sobre a implementação do Núcleo de Segurança do paciente na Maternidade Pública Municipal de Betim do Estado de MG.

Solicitamos que por favor, responda os seguintes itens com relação a sua unidade ou área clínica. Marque a sua resposta usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área						
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado do paciente						
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)						
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes						
5. É fácil para profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem						
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada						
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado aqui como paciente						
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área						
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área						
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho						
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros						
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto a segurança do paciente						
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros						
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração						
15. Eu gosto do meu trabalho						
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família						
17. Este é um bom lugar para trabalhar						
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área						
19. O moral nesta área é alto						

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado						
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)						
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis						
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: hemorragia, reanimação cardiorrespiratória, convulsões)						
24. A administração apoia meus esforços diários (Adm. Unidade)						
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Adm. Unidade)						
26. A administração está fazendo um bom trabalho (Adm. Unidade)						
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa coordenação						
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) coordenação.						
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes						
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe						
31. Toda informação necessária para decisões, diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim						
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados						
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área						
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área						
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área						
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns						

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?

() Sim () Não () Não sei

Equipe Assistencial:

() Enfermeiro () Técnico em enfermagem () Auxiliares enfermagem () Pediatra () Obstetra
 () Fonoaudiólogo () Psicólogo () Assistente Social () Fisioterapeuta () Farmacêutico
 () Auxiliar de Farmácia () Médico da CCIH () Técnico de raio X e () outros

Equipe Administrativa e apoio:

() Serviço de nutrição e dietética () Rouparia () Recursos Humanos () Recepção e portaria
 () Comissão de prontuário bioestatística () Manutenção () Almoxarifado ou () outros

Gênero: () Homem () Mulher

Tempo na especialidade/atuação na instituição:

() 6 a 11 meses () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 10 anos () 10 a 20 anos () 21 anos ou mais

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE

Pesquisador: Eliane Marina Palhares Guimarães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18928619.3.3001.5651

Instituição Proponente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BETIM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.714.568

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e a percepção dos trabalhadores após seis meses de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Maternidade de Risco Habitual na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. A abordagem e implantação do tema segurança do paciente nas organizações de saúde é de suma importância para melhorar a qualidade da assistência à saúde. Embora o termo 'segurança do paciente' possa ser considerado atual, o assunto já estava introjetado no subconsciente desde os primórdios do cuidado aos pacientes. Há mais de dois mil anos, Hipócrates havia dito 'primeiro, não cause dano'. Entretanto, até recentemente, os erros associados à assistência eram considerados um 'subproduto' inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços(WACHTER, 2013). Este pensamento começou a mudar a partir de 1999, com estudo realizado cujo relatório intitulado 'Errar é Humano', publicado em 2000 pelo Institute of Medicine (IOM) dos EUA ressaltava questões relacionadas à segurança do paciente. O resultado desse estudo apresentou um número de óbitos de pacientes, causado por eventos adversos, entre 45.000 a 100.000 por ano. A partir dessa discussão percebe-se que eventos adversos relacionados à assistência ao paciente podem ser considerados frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial (WHO, 2009). Em abril de 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria 529. Em julho do mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por

Endereço: Rua Pará de Minas, 640

Bairro: Brasília

UF: MG

Município: BETIM

Telefone: (31)3512-3313

CEP: 32.600-412

E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM



Continuação do Parecer: 3.714.568

meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 36 de 2013, regulamenta as ações para a Segurança do Paciente em serviços de saúde e torna obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas organizações de saúde. Portanto as pesquisadoras acreditam que uma melhoria da cultura de segurança do paciente possa traduzir em atitudes mais seguras na assistência à saúde e qualidade tanto no cuidado prestado quanto na satisfação do profissional. Esta pesquisa terá abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva, mediada pelo método de Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico. Serão sujeitos do estudo, a equipe multiprofissional e a coleta de dados quantitativos será realizada por meio da aplicação do Questionário Atitudes Seguras e a coleta dos dados qualitativos será realizada por meio de grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a implementação do Núcleo de segurança do paciente a partir da percepção dos servidores após seis meses da sua criação na Maternidade Pública de Betim Haydée Espejo Conroy.

Objetivo Secundário: Conhecer atitudes seguras das equipes multiprofissionais, apoio diagnósticos e administrativos, após seis meses de implantação do Núcleo de

Segurança do Paciente. Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição. Propor ações que assegurem o funcionamento do NSP, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são pequenos e em relação ao desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor. Mas as pesquisadoras informam que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Benefícios- Propor estratégias para melhorar e efetivar o funcionamento do NSP como um instrumento de mitigação dos Eventos Adversos com foco na segurança do paciente, melhorias na qualidade da assistência e satisfação do profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta é uma pesquisa relevante na atualidade dos Hospitais brasileiros, principalmente no serviços publicos que estão atrasados em termos de implatação adequada dos nucleos de segurança do

Endereço: Rua Pará de Minas, 640

Bairro: Brasília

CEP: 32.600-412

UF: MG

Município: BETIM

Telefone: (31)3512-3313

E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM



Continuação do Parecer: 3.714.568

paciente e na mudança dos conceitos entre os profissionais de saúde, para que trabalhem constantemente focados em evitar eventos adversos e na melhoria da qualidade do atendimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de forma adequada

Recomendações:

Inclusão do endereço do CEP de Betim no TCLE

O ultimo objetivo secundário trata-se de um benefício

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendencias

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_PROJETO_1436970.pdf	30/10/2019 17:58:49		Aceito
Outros	cartadeanuenciacepbetim.pdf	30/10/2019 17:57:55	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Outros	Cartaresposta1.doc	11/09/2019 16:54:41	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGRUPOFOCALMODIFICADO.docx	09/09/2019 13:53:24	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIOMODIFICADO.docx	09/09/2019 13:53:01	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_completo.docx	18/07/2019 00:14:59	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	18/07/2019 00:05:28	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.docx	17/07/2019 18:30:37	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Pará de Minas, 640
Bairro: Brasília
UF: MG **Município:** BETIM
Telefone: (31)3512-3313

CEP: 32.600-412

E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BETIM



Continuação do Parecer: 3.714.568

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BETIM, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
Mônica Beier
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Pará de Minas, 640
Bairro: Brasília
UF: MG **Município:** BETIM
Telefone: (31)3512-3313

CEP: 32.600-412

E-mail: cepsmsbetim@yahoo.com.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE

Pesquisador: Eliane Marina Palhares Guimarães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18928619.3.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.579.577

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva, mediada pelo método de Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico. Serão convidados a participar do estudo, a equipe multiprofissional. A coleta de dados quantitativos será realizada por meio do Questionário Atitudes Seguras e a coleta dos dados qualitativos será realizada por meio de grupo focal. O projeto está bem escrito e descreve a metodologia de forma clara. O projeto ficou pendente apenas para adequações em relação ao TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implementação do Núcleo de segurança do paciente a partir da percepção dos servidores após seis meses da sua criação na Maternidade Pública de Betim Haydée Espejo Conroy; conhecer atitudes seguras das equipes multiprofissionais, apoio diagnósticos e administrativos, após seis meses de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente; avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição; propor ações que assegurem o funcionamento do NSP, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Houve adequação em relação aos riscos e benefícios, explicitando melhor para o participante no TCLE.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.579.577

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores atenderam as recomendações deste colegiado, acrescentando informações a respeito de riscos e benefícios, de forma mais clara, para o participante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se anexados. O TCLE foi adequado de acordo com as recomendações.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1381203.pdf	11/09/2019 16:58:09		Aceito
Outros	Cartaresposta1.doc	11/09/2019 16:54:41	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGRUPOFOCALMODIFICADO.docx	09/09/2019 13:53:24	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIOMODIFICADO.docx	09/09/2019 13:53:01	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/08/2019 15:35:59	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_completo.docx	18/07/2019 00:14:59	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.579.577

Investigador	PROJETO_completo.docx	18/07/2019 00:14:59	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	18/07/2019 00:05:28	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	18/07/2019 00:04:26	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.docx	17/07/2019 18:30:37	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Setembro de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@prpq.ufmg.br

Débora Luciana Aparecida Silva
Consultoria e Assessoria
deborasilva.lu@yahoo.com.br
☎ (31) 9 9226-8527

**CERTIFICADO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL E
NORMALIZAÇÃO SEGUNDO ABNT NBR 6023**

Prezado(a) Senhor(a),

Referente à dissertação <**AValiação da Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Maternidade**> em Português, para a mestranda: <**Elaine Cristina de Souza Ferreira**>, foi fornecida a versão final com revisão gramatical/ortográfica e normalizada de acordo com as normas dispostas na Resolução nº 07/2019, de 09 de junho de 2019, da UFMG, Escola de Enfermagem, Colegiado de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, com observância das Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, Guia de Apresentação de Teses, 2. ed., atualizada 2017.

Belo Horizonte (MG), 23 de março de 2020.



Consultoria e Assessoria

Débora Lucina Aparecida Silva
deborasilva.lu@yahoo.com.br
Telefone: ☎(31) 9 9226-8527 (TIM) / (31) 9 8579-1528 (OI)