



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA MARIA ALMEIDA DO CARMO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Belo Horizonte

2018

JULIANA MARIA ALMEIDA DO CARMO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM
SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientador: Isabel Yovana Quispe Mendoza

Belo Horizonte
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Carmo, Juliana Maria Almeida do

Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica [manuscrito] / Juliana Maria Almeida do Carmo. - 2018. 101 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabel Yovana Quispe Mendoza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Segurança do Paciente. 2.Parto Obstétrico. 3.Cultura Organizacional. 4.Gestão da Segurança. I.Mendoza, Isabel Yovana Quispe. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação intitulada “Cultura de Segurança do Paciente em Serviços de Atenção Obstétrica”, de autoria da mestranda Juliana Maria Almeida do Carmo, avaliada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Prof.^a Dr.^a. Isabel Yovana Quispe Mendoza – Orientadora.

Prof.^a Dr.^a. Kleyde Ventura de Souza

Prof.^a Dr.^a. Vânia Regina Goveia

Prof.^a Dr.^a. Bruna Figueiredo Manzo

Prof.^a Dr.^a. Allana dos Reis Corrêa

Prof.^a Dr.^a. Adriana Oliveira - Coordenadora do Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

Belo Horizonte, 27 de Fevereiro 2018.

Dedico esta dissertação aos meus pais que sempre me incentivaram nos estudos e que me fazem acreditar na força do conhecimento, da sabedoria e do amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da Vida e por me preservar forte, sã e salva.

Aos amigos espirituais pelo suporte na caminhada.

À minha família pelo amor, pelo apoio, carinho e por serem meu porto seguro em todos os momentos nessa jornada. Em especial à minha mãe Elizabeth que é o meu exemplo de mulher forte, determinada e inteligente. E, ao meu pai Raimundo, pelo estímulo ao bem viver e a importância da dedicação aos estudos. À minha irmã Elizandra, por me incentivar à sair da casinha e ampliar horizontes, além de ser uma fiel escudeira. Ao meu irmão Randel, pelo momentos de refrigério e renovação tão necessários nessa trajetória.

À minha orientadora, professora doutora Isabel Yovana, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pela paciência e por todo apoio nesse desafio de voltar à vida acadêmica.

À professora Dra. Kleyde Ventura, pela amizade, pelos ensinamentos e pela parceria em prol da saúde das mulheres, bebês e famílias.

À professora doutora Bruna Manzo por compartilhar seus conhecimentos e oportunidades.

Aos professores da UFMG com os quais tive a oportunidade de conhecer e aprender um pouco mais sobre a vida acadêmica, sobre filosofia, enfim, sobre arte e ciência do cuidado em saúde. Em especial às professoras da banca de defesa, pela disponibilidade e por todas as observações /correções necessárias para que esse trabalho consiga um melhor alcance.

Aos colegas do mestrado pelos bons momentos de reflexão acadêmica.

Aos profissionais das unidades de estudo pela disponibilidade em contribuir nesse processo de aprendizado.

Aos colegas de trabalho por me permitirem conviver e aprender, todos os dias, um pouco mais sobre o cuidado em saúde no Brasil.

À ABENFO que tem me ensinado muito sobre a obstetrícia no Brasil e no mundo.

Eu fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita
Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz
Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita
Composição: Gonzaguinha

RESUMO

A Cultura de Segurança do Paciente é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde, que favorece a implantação de práticas seguras para a diminuição de eventos adversos. Conhecer a cultura de segurança por meio de questionários validados, possibilita uma análise das dimensões envolvidas no cuidado assistencial das organizações de saúde e identifica oportunidades de melhoria na segurança do paciente. Objetivo geral: analisar a cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica, na perspectiva da equipe multiprofissional. Método: trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture”. A amostra foi constituída por 301 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar de três serviços de atenção obstétrica do município de Belo Horizonte. Os dados foram analisados segundo os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Também foi utilizada a correlação de Spearman para verificar a associação entre as dimensões e as variáveis caracterizadoras. Resultados: a maioria dos profissionais era da obstetrícia 70%, o tempo de trabalho na área e no hospital que predominou foi de um a cinco anos; 40% dos profissionais trabalham de 40 a 59 horas por semana, 27% são enfermeiros; 96% prestam assistência direta ao paciente. Não foram identificadas dimensões fortes na cultura de segurança do paciente nos serviços pesquisados, já que todas obtiveram percentuais abaixo de 75%. Apenas as dimensões “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Expectativas e ações do supervisor\chefe para a segurança do paciente” e; “Trabalho em equipe dentro da unidade” obtiveram percentuais igual ou acima de 50% que representam dimensões com potencial de melhoria. Por outro lado, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Frequência de eventos comunicados” e “Resposta não punitiva ao erro” foram as dimensões com menor índice de respostas positivas. Conclusão: Das 12 dimensões do instrumento, apenas 03 comportarem-se como potencial para melhoria, e as outras 09 apresentaram-se frágeis para a cultura de segurança do paciente nos três serviços de atenção obstétrica. Evidencia-se a manutenção de uma cultura de culpa e hierárquica que não privilegia a qualidade do cuidado entre a equipe multiprofissional. Estratégias precisam ser desenvolvidas para que os profissionais da área da saúde identifiquem as atitudes e comportamentos seguros na assistência obstétrica e fortaleçam a cultura de segurança do paciente nessa área.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Parto Obstétrico; Cultura Organizacional, Gestão da Segurança; Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia.

ABSTRACT

The Culture of Patient Safety is considered an important structural component of health services, which favors the implementation of safe practices for the reduction of adverse events. Knowing the safety culture through validated questionnaires allows an analysis of the dimensions involved in the care of health organizations and identifies opportunities for improvement in safety. Overall objective: to analyze the safety culture of the patient in obstetric care services, from the perspective of the multiprofessional team. Method: This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" was used as instrument of data collection. The sample consisted of 301 health professionals from the multidisciplinary team of three obstetric care services in the city of Belo Horizonte. Data were analyzed according to the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Spearman's correlation was also used to verify the association between the dimensions and the characterizing variables. Results: the majority of the professionals were from obstetrics 70%, the working time in the area and in the hospital that predominated was one to five years; 40% of professionals work from 40 to 59 hours, 27% are nurses; 96% provide direct patient care. It was identified that all the dimensions obtained percentages below 75%. Only the dimensions "Organizational learning and continuous improvement"; "Expectations and actions of the supervisor \ boss for patient safety" and; "Teamwork within the unit" obtained percentages equal to or above 50%. On the other hand, "General perception of patient safety", "Frequency of reported events" and "Non-punitive response to error" were the dimensions with the lowest index of positive responses. Conclusion: no strength areas were identified in the dimensions evaluated by the Survey on Patient Safety Culture questionnaire, in the three obstetric care services. Strategies for patient safety culture need to be developed for health professionals to identify safe attitudes and behaviors in obstetric care.

Keywords: Patient Safety; Obstetric Delivery; Organizational Culture, Security Management; Unit of Gynecology and Obstetrics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason.	28
Figura 2 – Esquema Representativo das Abordagens para Medir o Erro	29
Figura 3 – Componentes da Cultura de Segurança	33
Figura 4 – Os Cinco Estágios de Maturidade da Cultura de Segurança do Paciente . . .	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões da Qualidade do Cuidado	24
Quadro 2 – Definições Disponíveis do Conceito de Qualidade do Cuidado	25
Quadro 3 – Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OAC's e a cultura dominante nas organizações de saúde.	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição geral das dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	54
Gráfico 2 – Dimensões em relação a porcentagem de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	55
Gráfico 3 – Dimensões com maiores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	56
Gráfico 4 – Dimensões com menores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	57
Gráfico 5 – Nota Geral de Segurança do Paciente dos Três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	67

LISTA DE DIAGRAMAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização geral dos três Serviços de Atenção Obstétrica em relação à Cultura de Segurança. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	46
Tabela 2 – Comparação das variáveis de caracterização entre os três Serviços de Atenção Obstétrica com relação à Cultura de Segurança. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	50
Tabela 3 – Descrição das três dimensões da cultura de segurança do paciente por itens com maiores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017	58
Tabela 4 – Descrição das três dimensões da cultura de segurança do paciente por itens com menores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	61
Tabela 5 – Distribuição das dimensões do HSOPSC, segundo cargo/função, para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	62
Tabela 6 – Descrição da Nota Geral de Segurança do Paciente e Notificação dos Eventos Adversos para os Três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AC	Alfa de Cronbach
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APICE ON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEPE	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão
EA	Evento Adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	United States of America
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HSC	Health and Safety Commission
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety)
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INSAG	Internacional Nuclear Safety Advisory Group
IOM	INSTITUTE OF MEDICINE
JICA	Japan International Cooperation Agency (Agência de Cooperação Internacional do Japão)

MAR	Muito Alto Risco
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	23
3.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	26
3.3	ERRAR É HUMANO	27
3.4	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	30
3.5	AVALIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	34
3.6	MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	36
4	METODOLOGIA	39
4.1	TIPO DE ESTUDO	39
4.2	LOCAL DO ESTUDO	39
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	42
4.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.	42
4.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO	44
4.9	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
4.10	ASPECTOS ÉTICOS	45
5	RESULTADOS	46
6	DISCUSSÃO	69
7	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	79

ANEXOS	85
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA	86
ANEXO B – PARECER DA CÂMARA DEPARTAMENTAL	88
ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	90
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	91
ANEXO E – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)	95

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a segurança do paciente é um dos pilares de sustentação da qualidade do cuidado. Na atualidade, um movimento internacional frente a essa temática tem crescido e impulsionado políticas governamentais.

O desenvolvimento de novos saberes, nos quais é dada ênfase na cultura de segurança como um dos principais determinantes na assistência em saúde, tem sido estimulado (MELLO; BARBOSA, 2013).

O tema da segurança do paciente é uma preocupação histórica, uma vez que o cuidado em saúde se estabelece na relação entre os seres humanos. A enfermeira Florence Nightingale, no século XIX, ao realizar mudanças nas execuções das práticas assistenciais, bem como na estrutura das organizações às quais pertenceu, foi capaz de promover grandes melhorias nos indicadores de morbimortalidade. No mesmo século, o médico Ignaz Semmelweis após a implantação da obrigatoriedade da higienização das mãos em uma maternidade de Viena identificou a diminuição dos indicadores de morte materna. As ações desses dois profissionais influenciam até hoje as atividades nos serviços hospitalares (SOUSA; MENDES, 2014).

Já no século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), o *Institute of Medicine (IOM)*, lançou um livro-relatório intitulado: “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”. Esse relatório apontou uma estimativa de mortes e custos elevados para os serviços de saúde decorrentes de eventos adversos. Esse documento fez quatro afirmações que têm impulsionado o movimento internacional: I) *O problema dos danos causados por eventos adversos é grave; II) O principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; III) É necessário redesenhar os sistemas; IV) A segurança do paciente deve se tornar uma prioridade* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A partir desse relatório, o conselho australiano para a Segurança e Qualidade em Saúde criou um projeto em 2001 para incentivar pesquisadores e outros profissionais de saúde a informar os termos e definições utilizados no campo da segurança do paciente com o objetivo de desenvolver uma linguagem com significados comuns e propiciar a discussão e a pesquisa sobre o tema. Foram listados 149 termos com 296 definições diversas, dos quais foram registradas 16 definições, somente para “erro”, e 14 para “evento adverso” (RUNCIMAN et al., 2006).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o objetivo de coordenar, em âmbito mundial, as ações na busca por resoluções aos problemas emergentes de segurança (DONALDSON; PHILIP, 2004a). Nestas ações da OMS, destaca-se o desenvolvimento de uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) com a finalidade de buscar consenso nas definições relacionadas ao tema (MENDES JÚNIOR, 2012).

Entre essas definições, destacam-se os termos:

I) *Segurança do Paciente* como a redução, ao mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde.

II) O *Incidente* como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou tenha resultado, em dano desnecessário à saúde.

III) O *Evento adverso* como um incidente que resulta em dano à saúde. O termo *erro* exige aprofundamento, pois, se difere do termo *violação*, nos casos de intencionalidade. Esses conceitos subsidiam a cultura de segurança do paciente.

No Brasil, a publicação da portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), assim como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA de nº 36 de 25 de julho de 2013, representam marcos regulatórios da segurança do paciente. Ambas apontam para uma preocupação do Estado em promover o tema para a nação. O PNSP propõe uma série de medidas com a intenção de reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, evitando eventos ou circunstâncias que podem resultar em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013). A RDC 36, de 2013, instituiu ações para a promoção da segurança e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, dentre elas a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente e a notificação de eventos adversos associados à assistência em saúde (ANVISA, 2013).

Estima-se que, nos EUA, cerca de 400.000 pacientes morrem anualmente em função de eventos adversos (EA) evitáveis e cerca de 2 a 4 milhões de EA causam sérias consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito. Os custos adicionais decorrentes destes erros consomem valores entre U\$ 17 bilhões e U\$ 29 bilhões por ano nos EUA. Além das perdas financeiras, os erros geram a perda de confiança no sistema de saúde e também diminuem os índices de satisfação dos usuários e profissionais (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No Brasil, o Anuário da Segurança Hospitalar estima que em 2016 mais de 1 milhão de brasileiros foram vítimas de pelo menos uma condição adquirida intra-hospitalar e mais de 100 mil óbitos seriam atribuíveis a esses eventos adversos. (COUTO et al., 2017)

No sentido de minimizar os danos proporcionados e os impactos dos EA nos indicadores de morbimortalidade, a análise e compreensão dos incidentes sinaliza aos sistemas de saúde a necessária mudança da cultura de segurança do paciente para ofertar um cuidado seguro e de qualidade para o futuro.

A cultura de segurança do paciente é conceituada pela *Health and Safety Commission* como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde, conjunto esse que possibilita, também, a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização (SOUSA; MENDES, 2014).

Dessa forma, a cultura de segurança é considerada um dos pontos chaves para a compreensão das ações humanas e se caracteriza como padrão coletivo que identifica os grupos,

suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir (PIRES; MACÊDO, 2006) Portanto, para que o cuidado seja seguro é necessário aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente, para que a equipe multiprofissional e de serviços compartilhem práticas, saberes, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)

A avaliação da cultura de segurança é importante para identificar a forma de trabalho dos profissionais, pois permite evidenciar as dimensões fracas e fortes da cultura de segurança dos serviços de assistência à saúde. Uma maneira de avaliá-la é por meio de questionários autoaplicáveis. Esses instrumentos fornecem a possibilidade de mensurar o entendimento implícito dos profissionais em relação à cultura de segurança (PASQUALI, 2009). Os resultados advindos da aplicação desses instrumentos oferecem subsídios para o planejamento de intervenções que ofereçam uma assistência à saúde de qualidade com ênfase na segurança do paciente (BATISTA, 2015).

Nesse sentido, analisar a cultura de segurança do paciente na atenção obstétrica se reveste de fundamental importância, tendo em vista o paradoxo perinatal vivenciado na atualidade, em que o avanço tecnológico não conseguiu melhorar os indicadores de mortalidade materna e neonatal, sendo, por vezes, responsável pelo aumento da morbidade entre as mulheres e neonatos. Estes dados têm sido comprovados pelos comitês de investigação de óbitos perinatais do Brasil. Após as análises dos casos, os comitês, independente do âmbito, consideram que existe um número substancial de casos de mortes consideradas evitáveis, se medidas de prevenção forem tomadas pelos serviços de saúde (RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017; MARTINS et al., 2013). A assistência à saúde nos serviços de atenção obstétrica no Brasil, em sua maioria, têm se baseado no modelo tecnocrático regido pela conduta intervencionista, privilegiando as tecnologias duras pelo fato de nelas existirem certo “*glamour*” advindo de inovações mecânicas e tecnológicas (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

O processo e a natureza do trabalho na assistência obstétrica apresentam peculiaridades tais como uma grande força de trabalho humano envolvendo várias especialidades da medicina, de enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social, psicologia, entre outros. Além disso, o elevado número de internações e a diversidade de locais de assistência fazem da atenção obstétrica uma das áreas prioritárias para as ações voltadas à segurança do paciente.

Outro fator peculiar é que nos serviços de atenção obstétrica, a proporção de processos judiciais por erro está em torno de 23,2%, conforme afirma Gorga (2017). A autora conclui que a maior taxa de culpabilidade está relacionada à inobservância de regras técnicas, como práticas consideradas inadequadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Outros fatores como superlotação, mudança na demanda relacionada às condições de saúde da mulher, da população, de maneira geral, reforçam a importância de se estudar a obstetrícia com foco na segurança do paciente.

A produção científica sobre a cultura de segurança em obstetrícia ainda é incipiente, diante da necessidade de ampliar esse debate; principalmente, nos hospitais de ensino que influ-

enciam na formação dos vários profissionais. Embora a segurança do paciente tenha se tornado um assunto prioritário para muitas organizações de saúde, identificam-se lacunas relacionadas ao tema proposto no presente estudo.

Pretende-se, com os resultados deste estudo, tornar visíveis as condições organizacionais que podem influenciar na cultura de segurança do paciente na obstetrícia e, com isto, nortear ações e atitudes dos profissionais e gestores envolvidos na assistência ao paciente com vistas à promoção do cuidado seguro.

Enfim, diante desse contexto, pergunta-se como é a cultura de segurança nos serviços de atenção obstétrica nas instituições de estudo? Como se comportam as dimensões da cultura de segurança do paciente?

A partir dessas perguntas norteadoras foi proposto o desenvolvimento deste estudo com o objetivo de analisar a cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica na perspectiva da equipe multiprofissional e apontar potencialidades e fragilidades, de maneira a subsidiar reflexões, planejamento e monitoramento de estratégias para a melhoria da qualidade em obstetrícia com foco na cultura de segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica na perspectiva da equipe multiprofissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas dos profissionais da equipe multiprofissional dos serviços de atenção obstétrica.

- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente de acordo com instrumento HSOPSC, nos diferentes serviços de atenção obstétrica.

- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente, de acordo com o instrumento HSOPSC, por categoria profissional dos serviços de atenção obstétrica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

O contexto global relacionado ao tema da qualidade do cuidado em saúde perpassa pelas pressões econômicas, sociais e culturais. Essas pressões, por sua vez, estão relacionadas ao alto custo da saúde associado à incorporação tecnológica, dos incidentes decorrentes das falhas, da sobrecarga dos sistemas de saúde e dos profissionais; das condições de saúde da população e do acesso destes aos serviços. Dessa conjuntura, emergem preocupações voltadas para a qualidade do cuidado e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua e à corresponsabilização (FISHER; SHORTELL, 2010; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WENNBERG, 2010).

O desenvolvimento de estudos e ferramentas para as organizações de saúde são ações que vem sendo colocadas em prática com objetivo de aprimorar a qualidade do cuidado e o desempenho dos sistemas de saúde (SMITH et al., 2009). No entanto, os problemas prevalentes na qualidade do cuidado geralmente estão relacionados ao uso excessivo (*overuse*), ao uso insuficiente (*underuse*) e ao uso inadequado (*misuse*) de serviços, procedimentos e tecnologia em saúde. A incorporação de novas tecnologias na assistência ao parto e nascimento não pode abdicar da base das evidências científicas, da sustentabilidade, da autonomia e da efetividade de procedimentos pelos prestadores de cuidado (SOUSA; MENDES, 2014).

A segurança do paciente, mundialmente, é reconhecida como um dos pilares de sustentação da qualidade no cuidado; esse pilar possui dimensões/atributos como a oportunidade, a efetividade, a eficiência, o cuidado centrado no paciente e a equidade (MEDICINE, 2001). Num caráter multidimensional e subjetivo, o conceito de qualidade do cuidado vem se modificando ao longo do tempo e passou a incluir novas dimensões como se apresenta a seguir no Quadro 1 (SOUSA; MENDES, 2014):

Quadro 1 – Dimensões da Qualidade do Cuidado

Brook et al. 1977	Donabedian 1980	Holland 1983 Long 1985	Donabedian 1990	Aday et al. 1993	IOM 2001
Componente técnico	Qualidade técnico-científica	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade
Processo diagnóstico	Acessibilidade e disponibilidade		Equidade	Equidade	Equidade
Processo terapêutico	Relações interpessoais		Eficácia		Centralidade no paciente
"Arte" do cuidado	Continuidade		Relação médico paciente		Segurança
Interação médico e paciente			Otimização		Oportunidade
			Aceitabilidade		
			Acessibilidade		
			Amenidades		
			Conformidade com as preferências dos pacientes		
			Legitimidade		

Fonte: Holland (1983); Long (1985); Donabedian (1990); Aday et al. (1993); Institute of Medicine (2001).

Diante dessas dimensões e dos estudos sobre o tema, uma variedade de definições relacionadas à qualidade do cuidado foram sendo utilizados. Assim, Blumenthal D (1996) destaca a proposta do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, apresentada no Quadro 2, como a mais frequentemente empregada:

Quadro 2 – Definições Disponíveis do Conceito de Qualidade do Cuidado

Autor	Definições
Donabedian, 1980	Cuidado de alta qualidade: tipo de cuidado do qual é esperado maximizar o bem-estar do paciente (medida inclusiva), após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado.
Associação Médica Americana, 1984	Qualidade do cuidado: contribui de forma consistente para melhorar ou manter a qualidade e/ou duração da vida.
Office of Technology Assessment, 1988	Qualidade de um prestador: grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, em razão do estado do conhecimento médico.
Palmer, 1991	Qualidade da assistência é medida pela produção de uma melhora da saúde do paciente depois de ajustado pelas restrições da tecnologia e pela gravidade da doença. Qualidade é a capacidade do prestador (médico) de coordenar a tecnologia disponível, habilidades e julgamento para melhorar a saúde dos pacientes.
Institute of Medicine (IOM), 1990	Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes em conhecimento profissional corrente.

Fonte: Blumenthal (1996).

A partir de 2001, o IOM inclui em seus relatórios a dimensão da segurança do paciente como parte do conceito de qualidade do cuidado. O texto “Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI” (*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*) destacou seis dimensões da qualidade:

- **Cuidado Centrado no Paciente** — cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que esses orientem todas as decisões clínicas.
- **Eficiência** — Cuidado sem desperdício, incluindo o associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- **Efetividade** — Cuidado baseado no conhecimento científico, para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização, respectivamente).
- **Equidade** — Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
- **Segurança** — Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.

- **Oportunidade** — Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

Essas dimensões trazem consigo inúmeros conceitos permeados de significados e relevância, que ao ganhar adesão internacional possibilitam a melhoria da qualidade do cuidado, tão almejada pelas organizações de saúde. No entanto, faz-se necessário, construir uma cultura de segurança do paciente em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente nas instituições de saúde vem sendo construída ao longo da história e ganha lugar à medida que estas vão se organizando em nível de assistência e gestão na prestação do cuidado.

Hipócrates, nos primórdios, já falava em não causar dano ao paciente. Florence Nightingale, Semmelweis, Codman, Donabedian, Cochrane, e vários outros profissionais, por meio de suas práticas, promoveram avanços nos estudos em saúde. Suas observações no cotidiano em saúde permitiram sugerir modificações nos processos de trabalho que, de alguma maneira, promoveram o avanço dos espaços institucionais, das práticas, da gestão e da disseminação de pesquisas para a melhoria da qualidade do cuidado. Assim, ao longo da história, esse avanço possibilitou o desenvolvimento de rotinas que fizeram emergir a necessidade do tema da segurança do paciente. (SOUSA; MENDES, 2014)

O Institute of Medicine (IOM) dos EUA publicou, em 1999, um livro-relatório intitulado: “*Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro*”. Neste, apontou-se uma estimativa elevada de mortes por eventos adversos e altos custos para os serviços de saúde, ao longo do ano. Foram feitas, nesse relatório, quatro afirmações importantes e relevantes de serem lembradas:

- I) *O problema dos danos causados por eventos adversos é grave;*
- II) *O principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas;*
- III) *É necessário redesenhar os sistemas;*
- IV) *A segurança do paciente deve se tornar uma prioridade.*

Segundo este relatório, a ocorrência de erros faz parte da condição humana, sendo que qualquer indivíduo pode cometê-los. Apontam que os erros ocorridos no processo de cuidado em saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes nos hospitais dos Estados Unidos anualmente. A taxa de mortalidade, naquele país, possui um maior índice do que os acidentes automobilísticos,

câncer de mama e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Após a publicação deste relatório, a OMS e os países parceiros se organizaram e lançaram em outubro de 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o objetivo de promover a segurança do paciente e reduzir as consequências sociais e físicas decorrentes da assistência à saúde (DONALDSON; PHILIP, 2004b).

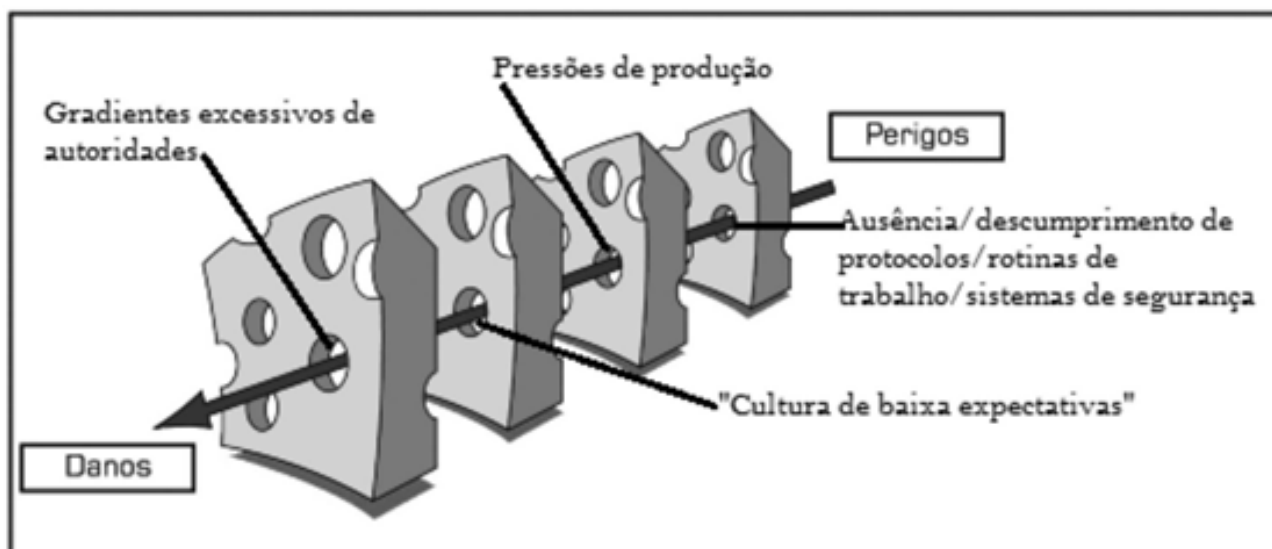
O Brasil, como um dos países que compõem a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, reconhece a necessidade de desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários sobre segurança do paciente, que possibilitem a mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (BERNARDES, 2013).

Assim, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, mediante a Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Essa norma tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. No mesmo ano, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a RDC 36, a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013).

3.3 ERRAR É HUMANO

A partir das premissas de que os seres humanos cometem falhas e de que os erros são consequências e não causas, Reason (2008), afirmou que a condição humana é imutável, mas pode-se mudar as condições sobre as quais essas pessoas trabalham, criando, dessa forma, defesas no sistema. Para ilustrar que nas organizações complexas as decisões de ação ou omissão podem implicar em falhas sucessivas, Reason, desenvolveu o modelo do queijo suíço (Figura 1).

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason.



Adaptado de: CORREA & CARDOSO JUNIOR, 2007; WACHTER, 2010.

Nesta figura, pode-se identificar que quando a seta perpassa os furos do queijo, o dano provavelmente atingirá o paciente. Essas lacunas representam os riscos, perigos e as possíveis múltiplas causas dos incidentes. As barreiras, assim como nesse queijo, precisam ser reconhecidas e executadas pelas equipes de saúde para que o dano seja evitado.

Apesar de toda a complexidade e singularidade da área da saúde, a cultura do “saber/poder” interfere muito nos discursos dos profissionais e conseqüentemente em suas práticas. Raramente os profissionais têm clareza sobre os limites do próprio conhecimento e experiência; e os métodos de avaliação de habilidades e competências se restringem ao processo de formação acadêmica. A pressão do trabalho, a estrutura hierárquica, a falta de liderança organizacional, a má comunicação, a alta carga horária, a educação e treinamentos inadequados apontam para a ocorrência sucessiva de erros.

Para melhorar a comunicação e promover a criação de barreiras para impedir os danos, torna-se importante que os conceitos relacionados à segurança do paciente sejam disseminados e reconhecidos nas situações cotidianas do trabalho. Sousa e Mendes (2014) descrevem um pouco mais sobre os conceitos referentes aos erros:

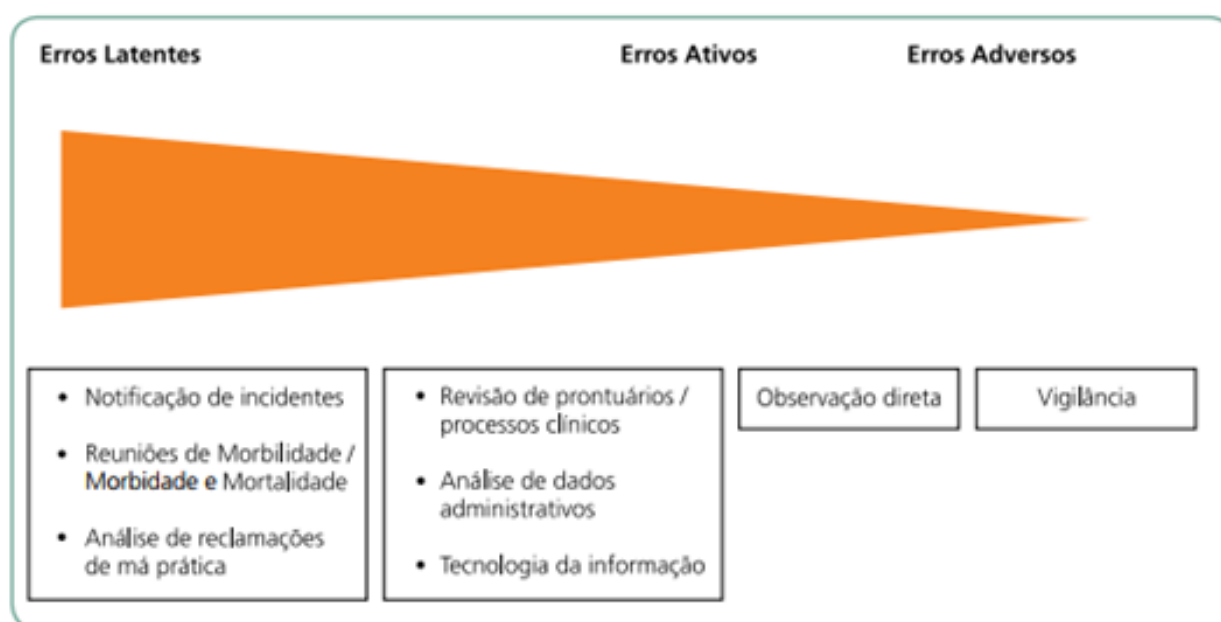
INCIDENTE: é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. A palavra “desnecessário”, nessa definição, significa implicitamente que, erros, transgressões, abuso de pacientes e atos deliberadamente perigosos podem ocorrer em cuidados de saúde. Ao contrário, certos danos, tais como uma incisão para laparotomia, são necessários e, nesse caso, não são considerados incidentes. Os incidentes podem ser oriundos de atos intencionais (violações) ou atos não intencionais.

ERROS ATIVOS: cometidos por aqueles em contato direto com o problema. São erros ou violações que, quando somadas a outras condições, causam os eventos adversos no paciente. Logo, o ERRO ATIVO provoca um impacto imediato e direto.

ERROS LATENTES: são “brechas”, situações de risco dentro do sistema que, ao se combinarem com os ERROS ATIVOS, criam a oportunidade para o evento adverso. São derivados de decisões tomadas pelas direções e níveis de gestão e são organizacionais. Permanecem ocultos por longos períodos até se combinarem e provocarem a consequência.

EVENTO ADVERSO: Incidente com dano ao paciente causado pelos cuidados de saúde, suficientemente grave para prolongar o tempo de internamento/internação ou causar algum grau de incapacidade temporária ou permanente.

Figura 2 – Esquema Representativo das Abordagens para Medir o Erro



Fonte: Adaptado de: Thomas e Petersen (2003).

A figura nos mostra como os diferentes métodos (mencionados nos retângulos da parte de baixo) de medir os erros e os EAs são mais adequados na detecção de diferentes erros (latentes ou ativos) e EAs (mencionados nos retângulos da parte de cima). Por exemplo, as Notificações de Incidentes são adequadas para captar Erros Latentes; no oposto, a Vigilância parece ser o método ideal, o mais preciso para detetar EAs, apresentando como desvantagem o facto de ter custos significativos e não ser bom para detetar erros latentes.

Apud Sousa, 2014

O erro, componente desse processo sistêmico, precisa ser enxergado pelos profissionais de saúde como algo real e possível. Analisá-los, como propõe a figura 2, permite as equipes ampliar a comunicação de processos e discuti-los como método de busca na melhoria contínua da qualidade com ênfase na segurança do paciente. Assim, a postura ética para o profissional advém de uma atitude individual mas construída coletivamente que precisa ser lembrada no cotidiano dos processos de trabalho das instituições hospitalares e no ensino em saúde.

As ações que comprometem a segurança do paciente estão relacionadas a fatores organi-

zacionais, gerenciais e humanos. Dessa forma, as iniciativas devem estar direcionadas à melhoria destes fatores, o que perpassa pela cultura organizacional instaurada na instituição. Assim, a avaliação da cultura de segurança, com análise do tipo de gestão, conduta dos gestores, nível de complexidade do local, conduta dos profissionais e o tipo de comunicação, permitem detectar as falhas e analisar os fatores intervenientes. O que, no que lhe concerne, pode levar a mudanças que contribuam para a segurança do paciente (BARATTO, 2016).

3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A medicina foi exercida, nos primórdios, de uma maneira “simples” com ênfase no conhecimento adquirido e exame clínico, focada nas queixas do paciente. Nos dias atuais, a medicina está cada vez mais dependente da tecnologia. Com o advento desse avanço tecnológico em saúde, essa simplicidade evoluiu para uma complexa rede de cuidados, em que a qualidade do cuidado e a cultura de segurança assumem papel relevante. O reconhecimento de que o avanço tecnológico em saúde aumenta a complexidade do cuidado é fundamental, pois possibilita que as organizações promovam ações voltadas a garantir a segurança do paciente (COTTA, 2018).

Cultura, de uma maneira geral, é entendida como “sistemas de atitudes, valores e significados compartilhados e as formas simbólicas (desempenhos e artefatos) em que se acham incorporados” (BURKE, 1974).

A cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo cria, descobre ou desenvolve ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. **Para (SCHEIN, 1991)** a cultura organizacional influencia o modo como os profissionais aprendem e compartilham o conhecimento. Esse autor acrescenta que a cultura direciona a maneira de fazer as coisas na organização em três diferentes níveis.

O primeiro nível constitui-se dos **artefatos**: são as coisas concretas que cada pessoa vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços/departamentos e padrões de comportamento dos membros da organização e, se expressam no modo como as pessoas se vestem, comportam-se, sobre o que conversam e consideram importante e relevante. O segundo nível refere-se aos **valores compartilhados**: são valores relevantes, que se tornam importantes para as pessoas e definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. E, o terceiro nível são as **pressuposições básicas**, que constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional: são as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem (SCHEIN, 1991).

O termo ‘Cultura de Segurança’ surgiu fora do contexto dos cuidados de saúde. Esse conceito foi citado pela primeira vez na década de 80, no relatório técnico sobre o acidente na usina de Chernobyl, na Ucrânia. A partir deste fato, a indústria nuclear reconheceu a importância da cultura de segurança nas suas organizações, uma vez que se admitiram violações numerosas e

sistemáticas dos procedimentos de segurança (FLIN et al., 2000) . Outro fato dessa magnitude foi a explosão da plataforma de Piper Alpha (1988), na qual foram identificadas causas técnicas e da organização enraizada na cultura, na estrutura e nos procedimentos da empresa, atribuindo-se o erro à inexperiência dos profissionais, rotinas de manutenção deficientes e mecanismos de aprendizado insuficientes (VICENT, 2010).

Nestes dois casos, ressalta-se que dentre as condições citadas como causas dos acidentes estão os fatores humanos e gerenciais. Ou seja, além das ações de pessoas, outros fatores podem influenciar a gênese dos acidentes. Estes fatores são denominados, de condições latentes, pois, criam as oportunidades nas quais os erros e falhas podem acontecer (REASON, 2008).

O conceito de cultura de segurança para a área da energia nuclear, na época, foi conceituada como o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, tanto individuais quanto grupais que determinam o estilo de uma organização segura (FLIN et al., 2000).

Na área de segurança do trabalho, a cultura de segurança é um conjunto de crenças, valores e normas que constituem os pressupostos básicos para a segurança do trabalho, os quais são compartilhados pelos membros de uma organização (SILVA; LIMA, 2004).

Na área da saúde, o marco é o relatório *To err is human* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), em que se evidenciou a necessidade de fortalecer a cultura de segurança, como medida fundamental ao processo de melhoria da assistência, no contexto hospitalar contemporâneo. No relatório se enfatizou a importância de considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em organizações de alta confiabilidade (OAC), tais como as indústrias da aviação, da energia nuclear e petróleo e gás, entre outras, para as organizações de saúde, de maneira a direcionar o foco primário para o sistema e os processos de trabalho, ao invés de focar nos indivíduos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A cultura de segurança do paciente é conceituada pela *Health and Safety Commission* (HSC) como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças, valores de profissionais de uma organização de saúde, que possibilita também a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização.

No quadro abaixo, Chassin e Loeb (2013) apresentam aspectos importantes da cultura de segurança presente nas OAC's em contraposição à cultura dominante nas organizações de saúde (Quadro 03).

Quadro 3 – Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OAC's e a cultura dominante nas organizações de saúde.

Organizações de alta confiabilidade/fiabilidade	Organizações de saúde
Crença em que algo pode sair errado	Crença em que tudo vai dar certo
Foco sobre a confiabilidade/fiabilidade do sistema	Foco sobre a eficiência do sistema
Humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece	Crença de que se sabe tudo o que se precisa saber
Comportamento que valoriza o trabalho em equipe	Presença de elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais

Fonte: Adaptado de Chassin & Loeb (2011).

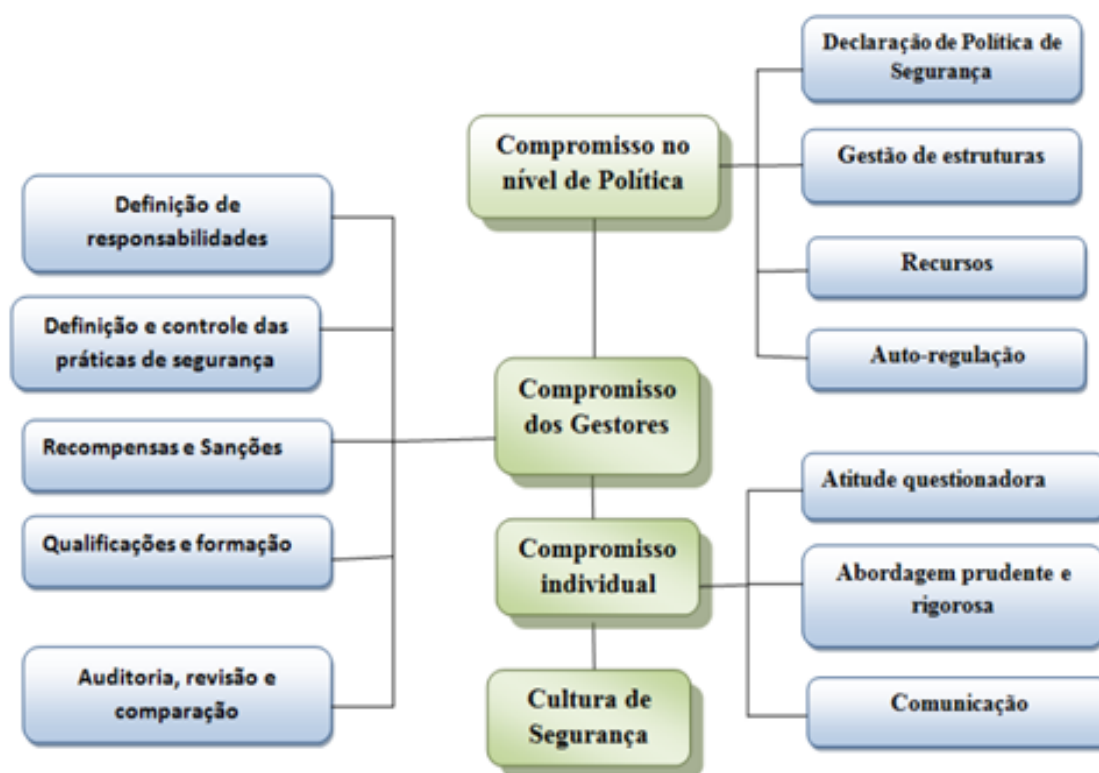
Na saúde, a crença de que tudo vai dar certo ou a de que já se sabe tudo o que se precisa saber, vão em contraposição ao estabelecido nas organizações de alta confiabilidade. Nessas organizações, a humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece e a crença de que algo pode sair errado possibilitam a vigilância e acompanhamento dos casos como forma de aprendizagem e de melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados (CHASSIN; LOEB, 2013).

Chassin e Loeb (2013) afirmam que, para se tornar organizações de alta confiabilidade, as organizações de saúde precisam promover mudanças críticas e interdependentes no nível organizacional. Além do compromisso das lideranças, como componente fundamental, para difundir a ideia da necessidade de mudança de cultura. Esse compromisso precisa ser declarado na visão e missão da organização, estabelecendo metas mensuráveis para monitorar sua realização. Ferramentas de avaliação de processos precisam mensurar a magnitude do problema, identificar as causas e encontrar soluções. Nesse contexto, a cultura de segurança deve possuir três pilares que se sustentam mutuamente: a confiança, o relato e a busca por melhoria contínua.

As organizações com uma cultura de segurança forte ou madura compartilham o compromisso da segurança do paciente, no qual cada profissional que participa na assistência em saúde é incentivado a identificar problemas de segurança e possíveis soluções, assim com a aderir aos comportamentos seguros, a relatar os erros e quase erros sem o temor de ser responsabilizado e punido. Este processo implica em mudanças desde as políticas de gestão, protocolos, procedimentos, bem como nas lideranças dispostas em efetuar as mudanças necessárias (MELLO; BARBOSA, 2013).

A *International Nuclear Safety Advisory Group* - INSAG apresentou os componentes que constituem a cultura de segurança e elencou as responsabilidades inerentes aos níveis que a compõem (INSAG, 1991). (Figura 3)

Figura 3 – Componentes da Cultura de Segurança



INSAG (1991). Mello, 2011

A OMS apresenta ainda como componentes da cultura de segurança: a **cultura justa**, onde há unanimidade entre os profissionais no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de **notificação de incidentes**, que privilegia a informação e encoraja as pessoas a notificar os erros cometidos no setor, e a **cultura de aprendizagem** — uma vez que a organização constituiu uma memória de eventos passados, estas informações podem direcionar o aprendizado a partir dos erros notificados. Ressalta-se que no sistema de notificação deve-se garantir a confidencialidade e segurança aos profissionais (WHO, 2008).

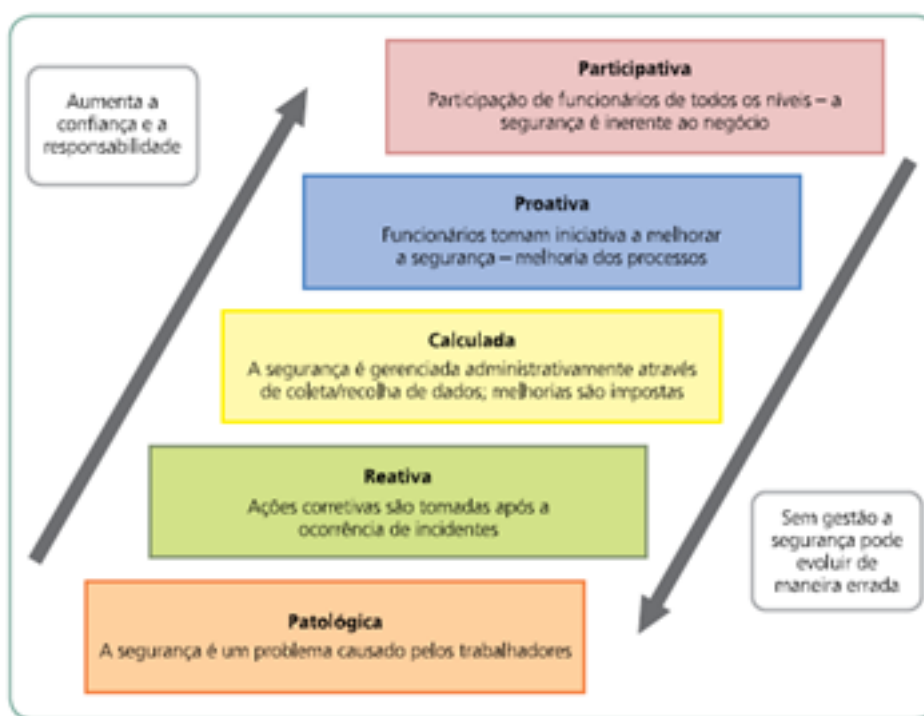
No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) constitui-se em um alicerce da cultura de segurança, pois visa auxiliar os profissionais e os pacientes, tanto no aprendizado quanto no aprimoramento organizacional e prevenção de incidentes, que evitem erros e responsabilização individual (BRASIL, 2013). Os quatro eixos do PNSP têm como base a cultura de segurança do paciente, sendo eles o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre este (ANVISA, 2013).

Em um sistema de saúde seguro, faz-se necessário construir uma cultura de segurança do paciente em que os profissionais auxiliem-se mutuamente, que entendam os conceitos básicos de segurança do paciente e desenvolvam a comunicação para promover o cuidado seguro e

efetivo dos pacientes. Isto poderá ser realizado por meio de treinamentos, educação permanente e análise dos eventos ocorridos nas unidades. Outro aspecto importante é o respeito e a valorização de questionamento construtivo entre profissionais e pacientes para uma comunicação aberta. O envolvimento e a perspectiva do paciente contribuem para as dimensões da qualidade do cuidado, apresentadas anteriormente (SORRA; NIEVA, 2004).

Identificar a cultura de segurança no âmbito hospitalar fornece um diagnóstico das percepções relativas à segurança e atitudes dos profissionais. Propiciando assim, uma consciência acerca do tema pelos profissionais e a possibilidade de planejar e implementar intervenções que promovam impacto nas instituições (SORRA; NIEVA, 2004; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Figura 4 – Os Cinco Estágios de Maturidade da Cultura de Segurança do Paciente



Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

3.5 AVALIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Uma forma de avaliar a cultura de segurança do paciente é por meio de questionários autoaplicáveis que podem ser úteis para que a organização identifique as oportunidades de melhoria. Os instrumentos de avaliação de cultura de segurança embasados na psicometria fornecem a possibilidade de mensurar os entendimentos implícitos dos profissionais sobre a forma de se fazer, à medida que considera as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas (PASQUALI, 2009).

Os questionários traduzidos e validados, mais utilizados no Brasil são o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey* — SAQ) (SORRA; DYER, 2010; SEXTON et al., 2006; MACDONALD; STODEL; CASIMIRO, 2005). O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) é o instrumento mais usado, internacionalmente, para avaliar a cultura de segurança do paciente por apresentar confiabilidade e validade de seus indicadores. Este instrumento foi validado no Brasil (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Ele mensura 12 dimensões da cultura de segurança, sendo sete dimensões do nível da unidade do hospital e três dimensões do nível da organização hospitalar. Duas são consideradas dimensões de resultado (SORRA; NIEVA, 2004).

A partir da publicação do relatório do IOM, estudos têm sido realizados nas diversas áreas da segurança do paciente no Brasil e no mundo. No que tange a cultura de segurança identificam-se estudos nas áreas de UTI, Pediatria, Atenção Primária e em hospitais gerais. Entretanto, na área de obstetrícia, ainda têm-se poucos estudos, entre os quais são relatados a seguir, pesquisas que utilizaram o método quantitativo:

Batista (2015) avaliou 70 profissionais de enfermagem, sendo enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, nos setores da triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto. Foi utilizado o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)- short form. 2006*, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino no Sul do Brasil. Os resultados do estudo apontaram para uma cultura de segurança frágil em seis dimensões do instrumento, evidenciando uma cultura negativa, uma vez que não apresentaram nenhuma dimensão com o escore acima de 75%. A autora aponta a necessidade de melhoria no comprometimento dos gestores sobre segurança, melhorar o treinamento, proporcionar o trabalho em equipe, *feedback* aos profissionais sobre sua atuação, estimular uma comunicação e colaboração adequada entre a equipe (BATISTA, 2015).

Mello e Barbosa (2013) realizou um estudo quantitativo, com 91 profissionais de enfermagem de duas UTI's adulto na Grande Florianópolis, cujo objetivo foi analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem. Foram obtidas 267 recomendações, categorizadas conforme as dimensões do instrumento do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Houve maior número de recomendações para as dimensões do aprendizado e das notificações de eventos adversos. Os autores relatam que a possibilidade de implementação de medidas mais sistematizadas para a melhoria contínua, podem ser dadas a partir da percepção dos profissionais, como uma estratégia para melhorar a cultura de segurança do paciente.

3.6 MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A atenção obstétrica apresenta-se como a terceira causa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) já que cerca de 98% dos partos, no Brasil, acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados Serviços de atenção materna e neonatal. A experiência do parto no hospital impõe um padrão de normas e rotinas institucionais definidas pelo modelo vigente. (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014)

O modelo obstétrico adotado em muitos hospitais no Brasil expõe as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos. Tais intervenções, como episiotomia, o uso de ocitocina e a cesariana, além de outras, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, hoje são rotineiras e atingem uma grande parcela das mulheres que dão à luz em hospitais no país (DINIZ, 2005).

Pelos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES do DATASUS, em 2013, estavam disponíveis, no Brasil 30.110 leitos de atenção obstétrica cirúrgica e 27.220 de atenção obstétrica clínica, totalizando 57.330 leitos. Em 2018, estão disponíveis 27.773 leitos de atenção obstétrica cirúrgica e 25.673 de atenção obstétrica clínica, totalizando 53.446 leitos. Nos últimos 5 anos, essa especialidade diminuiu 3884 leitos, tanto no sistema único de saúde (SUS) quanto no sistema suplementar. Em termos de internação neonatal, existiam, em 2013, 15.600 leitos. Em 2018, 15.351 leitos (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Com esse número de leitos e cerca de 3 milhões de nascimentos que acontecem no Brasil a cada ano, significando quase 6 milhões de pacientes, já que o binômio mãe/ filho (a) apesar de representarem duas vidas são contabilizados para o sistema de saúde como apenas uma internação (BRASIL, 2011). A cultura de segurança na Assistência Obstétrica se reveste de fundamental importância tendo em vista o número de pacientes envolvidos e o potencial de eventos adversos que podem surgir no processo assistencial.

A assistência obstétrica tem características que vão além do processo de nascer, adoecer e morrer. A geração de uma vida, a formação de uma família, os laços físicos, sociais e emocionais permeiam a preocupação com a saúde da mulher. Quando esta engravida e busca assistência, geralmente está à procura de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação. Nessa fase, a experiência vivida pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aponta que a preocupação com a segurança deve incluir também os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos nesse momento tão ímpar para as mulheres e suas famílias. Uma visão distorcida desse processo, onde a busca por uma experiência positiva no parto significaria negligenciar a segurança, é inadequada. Na atenção materna e neonatal deve prevalecer a concepção multidimensional onde, tanto os eventos adversos que comprometem a estrutura

ou função do corpo, como lesões, incapacidade ou disfunção ou mesmo a morte, quanto o sofrimento social, psicológico, moral e cultural devem ser enquadrados na categoria de danos ao paciente (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

A pesquisa nacional *Nascer no Brasil* LEAL e GAMA (2014), aponta o paradoxo da “noção de segurança” da assistência ao parto, justificada pela ideia de que a intervenção para prevenir desfechos mórbidos, se confunda com as metas de celeridade e oportunismo, sacrificando a “noção de fisiologia” do parto. Segundo Riesco (2014), a cirurgia cesariana se tornou uma maneira de resolver rapidamente o parto, tanto em mulheres de baixo risco (45,5%) quanto para as demais (60,3%). Entretanto, isto traz riscos à assistência, por vezes, negligenciados.

As elevadas taxas de cesariana, o alto índice de prematuridade, e os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal no Brasil, sinalizam para a necessária revisão das práticas obstétricas em que o respeito à fisiologia deste momento, seja o centro da atenção dos profissionais e induzam a comportamentos, ações e saberes mais adequados, que resultem em segurança e qualidade (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

A prática baseada em evidência referida pelo movimento de Humanização do parto defende a legitimidade científica da medicina baseada na evidência (orientada pelo respeito à fisiologia humana e pelo uso do conceito de tecnologia adequada); orientada por revisões sistemáticas (moderno) e em oposição à prática orientada pela opinião e pela tradição (arcaico). O efeito promovido pela tecnologia adequada na saúde coletiva, no sentido da legitimidade epidemiológica, leva a melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. E, a legitimidade política e cultural, de ter uma assistência livre de danos, que respeite os direitos humanos e reprodutivos (DINIZ, 2005).

“A principal distorção da obstetrícia moderna é oferecer tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para os partos normais que delas não se beneficiam; o que muitas vezes resulta em não oferecer tecnologia adequada para os partos anormais para os quais esta tecnologia poderia ser útil” (Roberto Caldeyro-Barcia)

Durante a gravidez, parto ou puerpério muitas vezes se apresentam graves complicações que não, necessariamente, evoluem para óbito. A morbidade materna grave ou mais comumente chamada de “*near miss*” está intimamente relacionado à mortalidade materna. Porém, para a ICPS, este termo é definido como “quase evento”, o que pode levar à confusão nas publicações da área da obstetrícia. Esse termo tem sido utilizado para descrever situações em que mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, o parto ou puerpério, e só sobrevivem em razão do acaso ou ao cuidado de saúde prestado. A investigação de casos de *near miss* representa importante ferramenta de avaliação da qualidade na assistência à maternidade, permitindo a identificação de falhas no sistema assistencial, contribuindo dessa forma para a implantação de medidas corretivas (SOUSA; MENDES, 2014).

Os serviços de atenção obstétrica precisam se organizar de maneira a reconhecer as características da população atendida. A cultura organizacional precisa basear-se no método *Paidéia*, proposto pela Política Nacional de Humanização, que trabalha com o reconhecimento dos poderes, saberes e afetos que estão em jogo nas relações de trabalho de modo a alcançar a valorização da singularidade e da autonomia. Ao compreender a cultura de segurança do paciente como um fator indutor do cuidado de saúde mais seguro, encontra-se eco nas ações estimuladas no modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2010a).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. Progressos importantes nas condições de saúde materno-infantil compõem uma nova realidade sanitária brasileira, especialmente considerando-se os resultados positivos das últimas décadas (VICTORA, 2011). No entanto, persistem desafios para se proporcionar condições seguras ao nascimento no país. A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade na totalidade, uma vez que em sua maioria são consideradas condições evitáveis através do acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde (REIS et al., 2011).

A maioria dos óbitos maternos ocorre no momento do parto, se considerar os três principais “atrasos” relacionados à identificação do agravo, a dificuldade de acesso e à adoção de medidas seguras. Entre as principais causas desses óbitos, encontram-se a hipertensão arterial, complicações hemorrágicas e infecção. Desta forma, a garantia do cuidado de qualidade são estratégias fundamentais para a busca de redução da morbidade e mortalidade nos serviços de atenção obstétrica (SOUSA; MENDES, 2014).

A oferta de atenção de qualidade aparece como um componente essencial para a reversão deste quadro. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado de qualidade, humanizado, incluindo o uso racional de tecnologias, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Nesse sentido, a cultura de segurança do paciente deve privilegiar condutas benéficas nos processos de trabalho dos serviços de atenção obstétrica, considerando a perspectiva da vivência da gestação, do trabalho de parto, parto e nascimento, como experiências positivas e enriquecedoras, para as mulheres e suas famílias. (DIAS; DOMINGUES, 2014).

A construção de uma cultura de segurança permite às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da qualidade da assistência à saúde (CARVALHO et al., 2017). Essa melhoria implica, substancialmente, na transformação da lógica e do processo assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, dos desenhos da visão e missão institucional, do compromisso com as políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais, preceptores e gestores dos serviços de saúde (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2014)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal” que tem como objetivo: analisar estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno-neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

Os estudos transversais realizam a coleta de dados de um determinado ponto temporal, tornando-se apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos de um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Um estudo de natureza descritiva colabora na aquisição de novos conhecimentos, e contribui na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas, através do processo de descrição e na análise da observação. Esse estudo satisfaz pelo menos dois princípios, de acordo com Fortin (2009), a descrição de um conceito relativo a uma população. No caso, a descrição do tema segurança do paciente com foco na cultura de segurança. E a descrição das características de uma população no seu conjunto. No caso, avaliação da cultura de segurança na Obstetrícia. Conforme Sousa (2013), o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenômeno em estudo (REIS, 2010; FORTIN, 2009)

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três maternidades públicas, com atendimento exclusivo aos pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde. Com características de hospitais com atividades de ensino vinculados à formação em saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo para fins do estudo denominados A, B e C.

A cultura organizacional exprime a identidade da organização, construída ao longo do tempo e representa as normas informais e não escritas que orientam o comportamento dos seus profissionais no dia-a-dia e direcionam as suas ações para alcançar os objetivos institucionais. Cada organização cultiva e mantém a sua própria cultura e por este motivo as organizações são conhecidas por algumas peculiaridades próprias que as distingue das demais (PIRES; MACÊDO, 2006).

O **Hospital A** é um hospital universitário, público e geral gerenciado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de Saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

Unidade Especial da UFMG, o Hospital A é campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia.

O Hospital A tem como missão desenvolver a assistência em saúde com eficiência, qualidade e segurança e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão. Entre os seus valores: a ética, respeito, transparência, profissionalismo; equidade e humanização, responsabilidade socioambiental, patrimonial e econômica; produção de conhecimento e comprometimento com o ensino.

A maternidade do Hospital A abrange 16 centros de saúde, é referência em muito alto risco (MAR) e recebe gestantes, de todo estado de Minas Gerais. Possui 34 leitos, 75 funcionários da Enfermagem, 08 administrativos, 01 gestora, 20 residentes e 90 médicos, entre obstetras e neonatologistas. Possui serviço de pré-natal de risco habitual e alto risco e é realizado em média 265 partos por mês.

O **Hospital B** é um hospital geral, público, de ensino gerenciado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Unidade de referência hospitalar para os atendimentos de urgência e emergência da população do eixo norte de Belo Horizonte e região metropolitana, constituída por cerca de 1.500.000 habitantes. A Maternidade foi inaugurada em 2007 e funciona desde o início sob os princípios da assistência humanizada, em que se valoriza o trabalho em equipe e um ambiente que proporciona à mulher um atendimento diferenciado com segurança.

O Hospital B tem como missão promover cuidado integral no âmbito da urgência, emergência e materno-infantil aos usuários do SUS, com qualidade e segurança, e contribuir para a formação de pessoas e produção do conhecimento na área da saúde. A visão é ser reconhecido no SUS em relação às práticas de cuidado, ensino e pesquisa para alcançar a excelência, fortalecendo a integração com a sociedade por meio do trabalho em rede. E tem como valores: respeito à vida; centralidade no usuário; valorização das pessoas; trabalho interdisciplinar; gestão ética e transparente; sustentabilidade institucional e ambiental.

A maternidade do Hospital B abrange 13 centros de saúde, possui 26 leitos de alojamento conjunto, 10 leitos de UTI neonatal, 04 leitos de unidade canguru, 113 funcionários da Enfermagem, 12 administrativos, 02 gestores, 20 residentes e 53 médicos, entre obstetras e neonatologistas. Não possui serviço de pré-natal. Realiza uma média de 260 partos por mês.

O **Hospital C** é a maior maternidade da rede SUS do Brasil em número de partos e a maior unidade neonatal de Minas Gerais. Parceira do Ministério da saúde e de várias entidades de grande importância na saúde e ensino mundiais, como a JICA, ANS, UFMG e MEC atua como cenário de ensino, pesquisa e extensão. Referência internacional para o SUS que dá certo e seus princípios de universalidade de acesso, integralidade, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa. Suas práticas são orientadas conforme as políticas públicas instituídas desde o ano de 1990 pelo MS e reafirmadas

em 2000 pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Instituição filantrópica de direito privado é referência dos distritos sanitários norte e nordeste de Belo Horizonte, atendendo, exclusivamente, usuários do SUS. Possui 185 leitos: 87 obstétricos, 41 de Tratamento Intensivo Neonatal — UTI, 45 de Cuidados Intermediários Neonatais — UCI, e 12 de outras clínicas. São realizados cerca de 900 partos ao mês.

A missão é desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, ao nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo. “A visão é de um hospital público, não-governamental, que ofereça atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e a criança, para a clientela universalizada, dentro de um Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social”.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por 318 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ao se analisar o banco de dados, identificou-se que 17 indivíduos apresentaram mais de 10% de dados perdidos, por isso foram excluídos das análises. Assim restaram 301 indivíduos, dos quais ainda se identificaram 126 (1,00%) observações perdidas do total de 12.642. Estas células em branco foram tratadas com a imputação pela média da variável, por ser um dos métodos mais adequado e amplamente empregado (SARAIVA et al., 2009).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Profissionais da equipe multiprofissional que assinem o termo de consentimento livre e informado.
- Profissionais da equipe multiprofissional que trabalhem na unidade há mais de seis meses.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Profissionais afastados por motivos de licença de saúde, de gestação e por férias durante o período de coleta de dados.
- Profissionais que tenham respondido o questionário HSOPSC, como membro da equipe em outro hospital.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para iniciar a coleta de dados, foi realizado reuniões com os gestores das maternidades para o cadastramento da população. Elaborou-se uma lista preliminar da equipe multidisciplinar das instituições de estudo, informações proporcionadas pelos coordenadores das unidades.

A aplicação dos questionários se deu de novembro de 2016 a junho de 2017. Ressalta-se que no Hospital B, a coleta de dados foi aplicada por outro pesquisador que estudou a mesma temática em todas as unidades do hospital e, após acordo com o pesquisador principal e Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão do referido hospital, foi cedido para o presente estudo o banco de dados correspondente ao serviço de obstetrícia.

Nos outros dois hospitais, os profissionais elegíveis foram abordados durante a rotina dos plantões e convidados a participar da pesquisa, com uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, sobre a confidencialidade, sigilo e anonimato desse processo. Após a assinatura do TCLE, o envelope com o questionário foi entregue e a devolução combinada com o participante. Vários questionários foram devolvidos logo após o preenchimento. Mas, em alguns casos, foram devolvidos nos plantões seguintes. Essa variação se deu em decorrência das atividades do plantão que interfere na disponibilidade e disposição dos participantes. Foi colocada uma caixa arquivo identificada em local neutro para que o questionário pudesse ser devolvido no período da coleta de dados.

4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Este instrumento validado no Brasil por Reis (2012) e já utilizado em outras instituições hospitalares. Possui 42 itens distribuídos em 12 dimensões que avaliam a cultura de segurança do paciente, a saber: *trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; aprendizado organizacional; melhoria continua; percepção geral da segurança do paciente; feedback e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; frequência de eventos relatados; trabalho em equipe dentro das unidades do hospital; pessoal; transferências internas e passagens de plantão e respostas não punitivas aos erros*. Destas dimensões, sete são referentes à unidade em que o instrumento é aplicado, três são referentes à instituição hospitalar da unidade e duas são variáveis de resultado.

O instrumento avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Para avaliação da cultura de segurança foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões, utilizando-se a seguinte fórmula:

X= Número de respostas positivas da dimensão Y

100**número total de respostas válidas aos itens da dimensão Y****(positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)**

As respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo, concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as perguntas formuladas de forma positivas, ou 1 e 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas negativamente. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo, nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas, referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 e 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva ou 4 ou 5 (concordo, concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as perguntas formuladas negativamente.(SORRA; NIEVA, 2004).

De acordo com Sorra e Dyer (2010) podem ser consideradas áreas fortes da cultura de segurança do paciente aqueles cujos itens obtenham 75% de respostas positivas (concordo totalmente ou concordo), ou aqueles cujos itens escritos negativamente obtenham 75% das respostas negativas (discordo/ discordo totalmente). As áreas frágeis ou com potencial para a melhoria da cultura de segurança do paciente serão considerados os itens que obtenham menos 50% de respostas positivas.

As respostas das variáveis medidas em escala Likert variaram de 1 (Discordo totalmente/Nunca) a 5 (Concordo totalmente/Sempre). Estas variáveis foram recodificadas para variarem de 1 a 3, sendo que os itens respondidos com 1 e 2 foram recodificados como 1 - (resposta negativa), os itens 4 e 5 como 3 - (resposta positiva) e o item 3 como 2 — (resposta neutra). Porém, dos 42 itens medidos, 18 deles (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 e F11) estavam invertidos e foram recodificados para que ficassem no mesmo sentido dos demais itens de suas respectivas dimensões. Dessa forma, estes itens respondidos com 1 e 2 (Discordo totalmente e discordo) foram recodificados como 3 – (resposta positiva), enquanto os itens respondidos com 4 e 5 (Concordo e Concordo totalmente) foram recodificados como 1 - (resposta negativa) e os itens que tiveram como resposta 3 foram recodificados como 2 – (resposta neutra). Além do mais, estes itens foram demarcados com “ – I”, indicando assim, sua inversão.

O questionário teve como fonte de tendência negativa, o não preenchimento completo, seja por incompreensão da pergunta, ou por ser um tema ainda pouco abordado no cotidiano dos hospitais ou, ainda, pelo fato da maioria das respostas serem enquadradas na escala Likert. Essa última pode sofrer interferência, pelo fato dos participantes encontrarem dificuldade para expressar um comportamento de julgamento ou mesmo um pensamento divergente, mas que

representa a realidade do serviço. Por outro lado, pode-se ressaltar um aspecto positivo, pois, o questionário oferece um mascaramento das respostas, por alternar perguntas com respostas positivas e negativas reduzindo a proporção de respostas não verdadeiras.

4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável dependente: cultura de segurança, classificada como forte, para as dimensões que obtém uma pontuação maior a 75% e, cultura de segurança frágil ou com potencial positivo para melhoria da cultura de segurança do paciente como para as dimensões que obtém pontuação inferior a 50%. (SORRA; NIEVA, 2004).

Variáveis independentes: sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho da unidade, categoria profissional.

Sexo: variável dicotômica; sendo, estes, masculino e feminino.

Idade: variável contínua estimada em anos vividos pelo profissional.

Categoria profissional: variável qualitativa nominal estimada de acordo com a função exercida na equipe multiprofissional, isto é médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e outros, sendo estes considerados, dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, funcionários administrativos e gestores das instituições.

Tempo de trabalho na unidade: variável contínua estimada em anos que o profissional trabalha na unidade.

Tempo de formação: variável contínua estimada em anos de experiência profissional.

4.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito de comparar os indicadores em relação às variáveis caracterizadoras categóricas foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Além disso, quando o teste de Kruskal-Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi para as comparações múltiplas. Também foi utilizada a correlação de Spearman para verificar a associação entre os indicadores e as variáveis caracterizadoras ordinais (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Para comparar os hospitais com as demais variáveis caracterizadoras categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado Simulado, o teste Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher. Enquanto para comparação com as variáveis caracterizadoras ordinais, foi utilizado também o teste de Mann-Whitney. Cabe destacar que as variáveis: Sexo, Idade, Grau de Instrução e Tempo de trabalho na atual profissão foram analisadas apenas para o Hospital A e C, uma vez que as informações sobre elas para o hospital B, foram perdidas (HOPE, 1968) (AGRESTI, 2002) (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

O ‘software’ utilizado nas análises foi o R (versão 3.4.1). O “R” é um sistema planejado e coerente para análise estatística e produção de gráficos, que oferece uma grande variedade de estatísticas (modelagem linear e não-linear, testes estatísticos clássicos, análise de séries temporais, classificação, agrupamento, etc.) e técnicas gráficas extensíveis. É um ‘software’ gratuito capaz de produzir codificações com qualidade de publicação, incluindo símbolos matemáticos e fórmulas, quando necessário.

Das doze dimensões do HSOPSC, optou-se por discutir as três dimensões com o maior número de respostas positivas e as três com a menor porcentagem de respostas positivas.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foi considerada a normatização prevista na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) .

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) e pelos núcleos de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE) dos hospitais sede do estudo. Destaca-se que, no processo de coleta e divulgação dos dados, serão respeitados os princípios enfatizados na Resolução nº466/12.

5 RESULTADOS

Os resultados relacionados à caracterização dos profissionais da equipe multidisciplinar estão apresentados na Tabela 1. Nesta, pode-se verificar que mais da metade pertencem ao Hospital B e C, respectivamente e, a maioria era da área da obstetrícia.

Quanto ao tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na área, predominaram de um a cinco anos, as horas de trabalho por semana predominantemente foram de 40 a 59 horas e, em sua maioria, eram enfermeiros. Quase todos os profissionais referiram prestar assistência direta ao paciente. Em relação ao gênero, a maioria do sexo feminino, tendo a especialização como maior grau de instrução.

Tabela 1 – Caracterização geral dos três Serviços de Atenção Obstetrícia em relação à Cultura de Segurança. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

	Variáveis	N	%
Serviço de Obstetrícia	Hospital (A)	86	28
	Hospital (B)	111	37
	Hospital (C)	104	35
	Diversas unidades/Nenhuma unidade	7	2
Área no hospital	Cirurgia	2	-
	Obstetrícia	209	70

Variáveis	N	%
Pediatria	29	10
Setor de Emergência	5	2
UTI	1	0
Anestesiologia	33	11
Outras	14	5
Menos de 1	59	20
Tempo de trabalho no hospital (em anos)		
1 a 5	134	45
6 a 10	62	21
11 a 15	20	7
16 a 20	15	5
21 a mais	11	4
Menos de 1	59	20
Tempo de trabalho na área (em anos)		

Variáveis	N	%	
1 a 5	138	46	
6 a 10	53	18	
11 a 15	25	8	
16 a 20	13	4	
21 a mais	11	4	
Horas por semana de trabalho no hospital	Menos de 20 horas	30	10
	20 a 39	115	38
	40 a 59	119	40
	60 a mais	36	12
Cargo/Função no hospital	Médico	79	26
	Médico Residente	35	12
	Enfermeiro	81	27

	Variáveis	N	%
	Técnico de Enfermagem	73	24
	Auxiliar de Enfermagem	1	0,5
	Outros	37	10,5
Contato com o paciente	Sim	284	96
	Não	13	4
Grau de instrução	Ensino básico completo	4	2
	Ensino médio completo	27	14
	Ensino superior incompleto	11	6
	Ensino superior completo	42	22
	Pós-Graduação (Especialização)	89	47
	Pós-Graduação (Mestrado ou Doutorado)	17	9

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	161	85
	Masculino	29	15

Fonte: Dados da pesquisa

Apresentam-se na Tabela 2, as características dos profissionais dos três Serviços de Atenção Obstétrica, por hospital. A partir dela, pode-se destacar que a maioria das características apresentou diferença significativa ($p < 0,05$) entre as instituições pesquisadas. No que se refere à área do hospital, nos três serviços predominaram profissionais da obstetrícia, entretanto, a maior proporção foi do hospital A com 67 (78%) dos participantes.

No referente ao tempo de trabalho na instituição e na área, predominantemente foi de um a cinco anos, sendo a maior proporção 52 (47%) para o hospital B e 53 (51%) para o hospital C, respectivamente. A quantidade de horas de trabalho, a maioria 54 (52%) dos participantes do hospital C, trabalhava entre 40 a 59 horas/semana. A categoria profissional predominante no hospital A e B foi o médico com 42 (49%) e 53 (49%), respectivamente; já no hospital C, 67 (64%) dos profissionais eram enfermeiros. Observou-se que nos três hospitais mais de 90% dos profissionais tiveram contato com o paciente.

Com relação às variáveis, grau de instrução, sexo e idade; os resultados referem-se apenas a dois hospitais, pois, não se obtiveram as informações da instituição (B). Assim, no hospital C a maior proporção de profissionais possui especialização 65 (62%). Mais de 80% eram do sexo feminino em ambos os hospitais. A idade média dos participantes foi de 39 anos para o hospital A e 35 anos para o hospital C. O tempo médio de trabalho na atual profissão dos participantes foi maior no hospital A, 11 anos.

Tabela 2 – Comparação das variáveis de caracterização entre os três Serviços de Atenção Obstétrica com relação à Cultura de Segurança. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Variáveis\Hospital	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Valor-p
--------------------	------------	------------	------------	---------

Variáveis\Hospital		Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	
Área no hospital	Obstetrícia	67	78	63	57	79	77	0,001 ¹
	Outras	19	22	48	43	24	23	
Tempo de trabalho no hospital (em anos)	Menos de 1	17	20	22	20	20	19	0,000 ³
	1 a 5	34	40	52	47	48	46	
	6 a 10	9	10	36	32	17	16	
	11 a 15	9	10	-	-	11	11	
	16 a 20	7	8	1	1	7	7	
	21 a mais	10	12	-	-	1	1	
Tempo de trabalho na área (em anos)	Menos de 1	20	23	22	20	17	16	0,000 ³
	1 a 5	36	42	49	45	53	51	
	6 a 10	6	7	35	32	12	12	

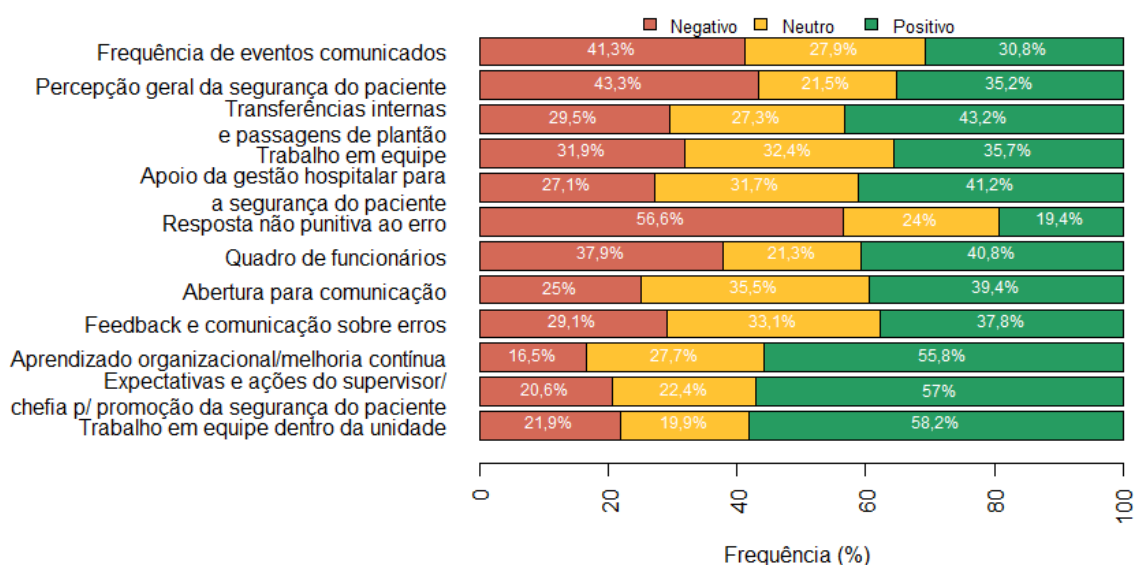
Variáveis\Hospital		Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor-p
	11 a 15	8	9	3	3	14	14	
	16 a 20	8	9	1	1	4	4	
	21 a mais	8	9	-	-	3	3	
Horas por semana de trabalho no hospital	Menos de 20 horas	2	2	18	16	10	10	0,000 ³
	20 a 39 horas	53	62	40	36	22	21	
	40 a 59 horas	16	19	49	44	54	52	
	60 horas ou mais	15	17	4	4	17	16	
Cargo/Função no hospital	Médico	42	49	53	49	19	18	0,000 ³
	Enfermeiro	8	9	12	11	67	64	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	25	29	33	30	16	16	

Variáveis\Hospital		Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor-p
	Outros	11	13	11	10	2	2	
Contato com o paciente	Sim	77	92	106	96	101	98	0,112 ²
	Não	7	8	4	4	2	2	
Grau de instrução	Ensino básico completo	3	4	-	-	1	1	0,126 ²
	Ensino médio completo	17	20	-	-	10	10	
	Ensino superior incompleto	6	7	-	-	5	5	
	Ensino superior completo	19	22	-	-	23	22	
	Pós-Graduação (Espec./Mest./Dout.)	41	48	-	-	65	62	
Sexo	Feminino	69	80	-	-	92	88	0,172 ¹
	Masculino	17	20	-	-	12	12	

Fonte: Dados da pesquisa. ¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher; ³ Teste Qui-Quadrado Simulado; ⁴ Mann-Whitney.

O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) utilizado para avaliar a cultura de segurança, nos três hospitais, contém 12 dimensões que estão dispostas no Gráfico 1. Ressalta-se que quanto mais positiva as dimensões, mais adequada, a cultura de segurança.

Gráfico 1 – Distribuição geral das dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

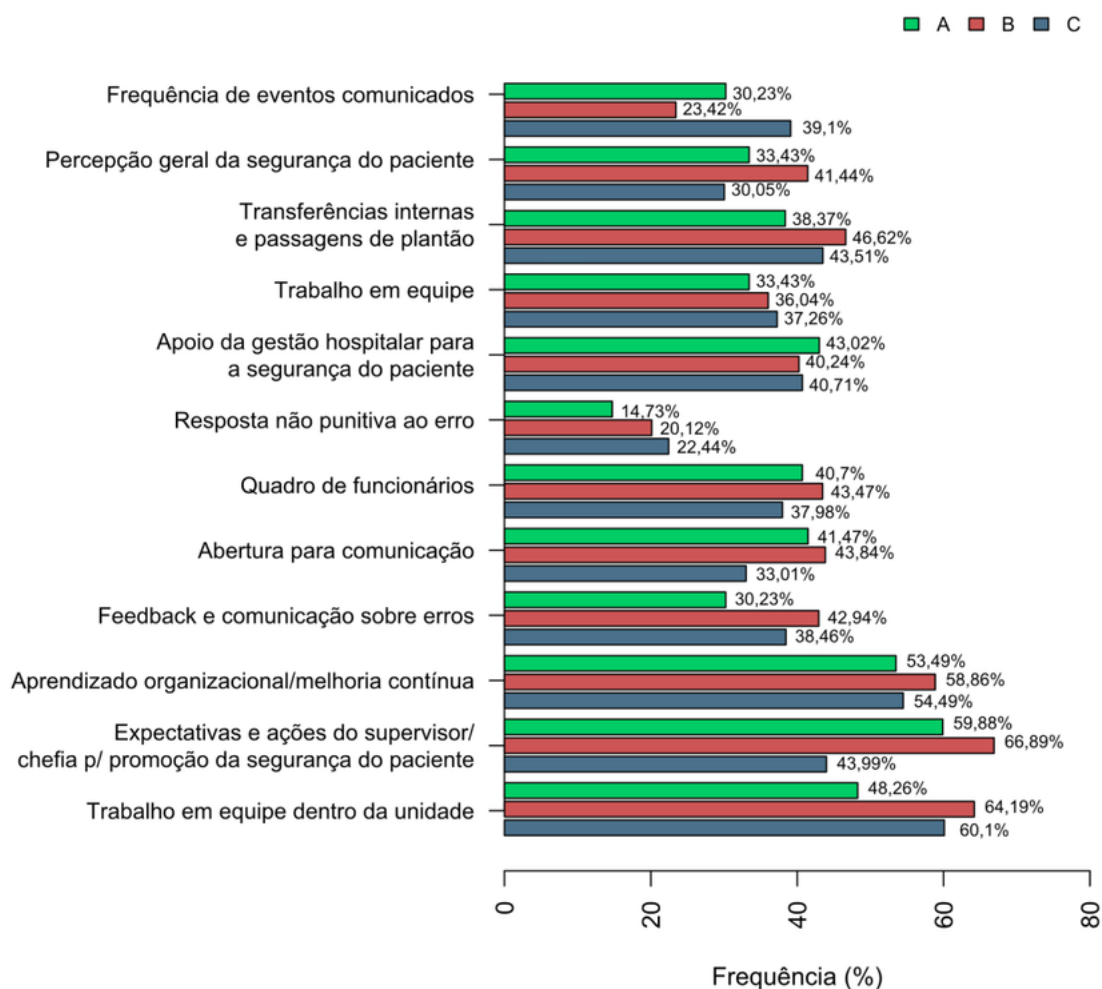


Fonte: Dados da pesquisa

De maneira geral, as dimensões “Trabalho em equipe na unidade” (58,2%), “Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente” (57%) e “Aprendizado organizacional/melhoria contínua” (55,8%) foram as dimensões melhor avaliadas de forma positiva (média geral > 50%), nos três hospitais. Por outro lado, as dimensões “resposta não punitiva ao erro” (19,4%), “percepção geral da segurança do paciente” (35,2%) e frequência de eventos comunicados (30,8%), foram as dimensões que apresentaram baixos índices de resposta positiva.

No Gráfico 2, estão distribuídas as dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), avaliadas de forma positiva por Serviço de Atenção Obstétrica dos hospitais de estudo. Evidencia-se que, a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” se comporta de maneira muito similar nos três hospitais, variando de 40% a 43%.

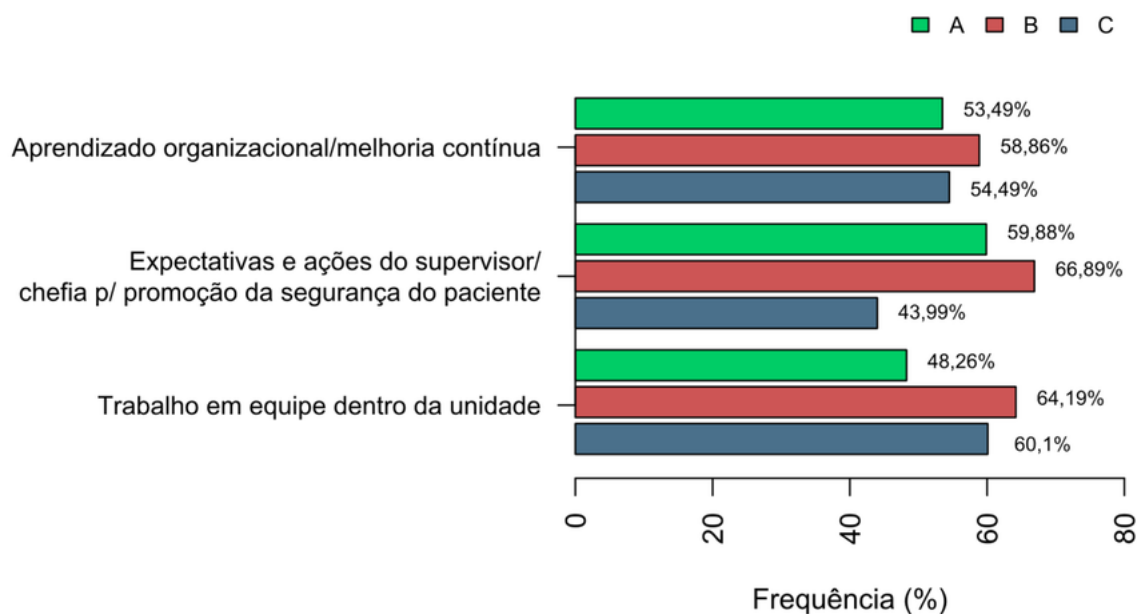
Gráfico 2 – Dimensões em relação à porcentagem de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 3, apresentam-se as dimensões do questionário com respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica, por hospital. Evidencia-se que os três serviços se comportaram de maneira semelhante nas dimensões com potencial para melhoria; entretanto o hospital B obteve maior porcentagem geral de respostas positivas nas três dimensões apresentadas, quando comparado ao hospital A e C.

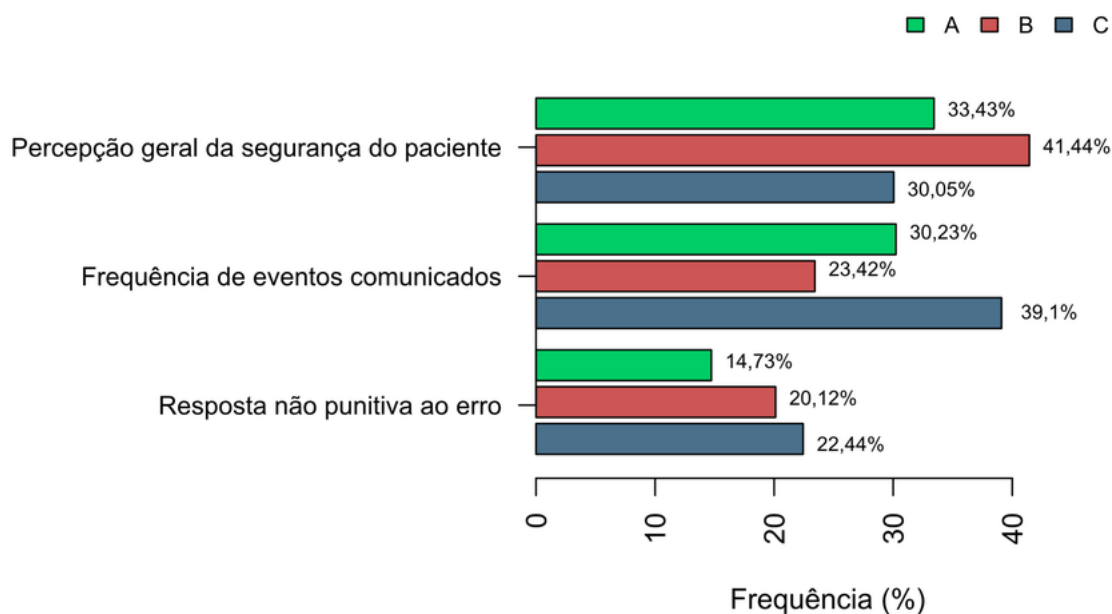
Gráfico 3 – Dimensões com maiores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 4, ilustra as dimensões avaliadas com menores índices de resposta positiva, observa-se que “Resposta não punitiva ao erro” com o índice médio de 19,4%, foi a dimensão com menor porcentagem de respostas positivas nos três hospitais. destacando-se o hospital A com 14,73%; na dimensão “Frequência de eventos comunicados” o menor percentual de respostas positivas correspondeu ao hospital B, com 23,42% e, na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” os profissionais do hospital C, apresentaram menor percentual de respostas positivas com 30,05%.

Gráfico 4 – Dimensões com menores percentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.



Dados da pesquisa

Na tabela 3, apresenta-se além das dimensões com potencial positivo para melhoria, já que apresentaram o maior índice de respostas positivas para os três serviços de atenção obstétrica. Essa tabela descreve os itens ou respostas mais bem avaliadas. Assim, para a dimensão “Trabalho em equipe na unidade”, o item A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” foi o de maior concordância (68%) pelos participantes.

Em relação à dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente”, o item B4 — I “O meu supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” correspondeu ao item de maior concordância (71%) pelos participantes.

Na dimensão “Aprendizado organizacional/melhoria contínua” o item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” foi o maior concordância entre os participantes com 66%.

Tabela 3 – Descrição das três dimensões da cultura de segurança do paciente por itens com maiores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Dimensão	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
Trabalho em equipe na unidade.	A1 - Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	47	16	62	21	192	63
	A3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	48	16	49	16	204	68
	A4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	44	15	73	24	184	61
	A11 - Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	125	42	55	18	121	40

Dimensão	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
	Média Geral	22		20		58	
Expectativas e ações do supervisor p/ promoção da segurança do paciente	B1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	104	34	62	21	135	45
	B2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	66	22	78	26	157	52
	B3-I Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe não quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	54	18	67	22	180	60
	B4-I O meu supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	24	8	63	21	214	71
	Média Geral	21		22		57	
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	31	10	71	24	199	66

Dimensão	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
	A9 - Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	50	17	82	27	169	56
	A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	68	23	97	32	136	45
	Média Geral	16		28		56	

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4, apresentam-se as dimensões consideradas frágeis, isto é, com índice menor ou igual a 50% de respostas positivas. se destacando na dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, o item A8 – I “Os profissionais não consideram que seus erros podem ser usados contra eles” correspondeu ao de maior discordância pelos participantes com 65%. Na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”, o item A15 “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” foi o de maior discordância pelos participantes com 63%. E na dimensão “Frequência de eventos comunicados”, o item D1 “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” foi o de maior discordância entre os participantes com 45%.

Tabela 4 – Descrição das três dimensões da cultura de segurança do paciente por itens com menores porcentagens de respostas positivas para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Dimensão	Item	Negativo		Neutro		Positivo	
		N	%	N	%	N	%
Resposta não punitiva ao erro	A8-I Os profissionais não consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	196	65	67	22	38	13
	A12-I Quando um evento é notificado, não parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	154	51	85	28	62	21
	A16-I Os profissionais não se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	161	53	65	22	75	25
	Média Geral		57		24		19
Frequência de eventos comunicados	D1 Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	137	45	71	24	93	31
	D2 Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	127	42	95	32	79	26
	D3 Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	109	36	86	29	106	35
	Média Geral		41		28		31
Percepção geral da segurança do paciente	A10-I Não é apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.	63	21	76	25	162	54
	A15 A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	190	63	45	15	66	22
	A17-I Nesta unidade não temos problemas de segurança do paciente	164	54	63	21	74	25

A Tabela 5 apresenta a comparação das dimensões do HSOPSC, segundo o teste de comparações múltiplas, entre os cargos/função. Dessa forma, pode-se destacar que: nas dimensões “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança” e “Abertura para comunicação” houve diferença significativa ($p=0,000$) e ($p=0,001$), respectivamente. Assim, nestas dimensões pode-se verificar que o cargo de enfermeiro e auxiliar/técnico em enfermagem teve indicador significativamente menor do que o médico. Por outro lado, na dimensão “Frequência de eventos comunicados” também foi estatisticamente significativa ($p=0,001$), mas cargo/função Auxiliar/Técnico de Enfermagem apresentou indicador significativamente maior que o cargo médico.

Tabela 5 – Distribuição das dimensões do HSOPSC, segundo cargo/função, para os três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Dimensões	Cargo/Função	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
Trabalho em equipe na unidade	Médico	114	0,63	0,03	0,25	0,75	1,00	0,076
	Enfermeiro	87	0,60	0,04	0,25	0,75	1,00	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,54	0,04	0,25	0,50	0,75	
	Outros	24	0,45	0,07	0,00	0,50	0,75	
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança	Médico	114	0,70	0,03	0,50	0,75	1,00	0,000*

Dimensões	Cargo/Função	N	Média	E.P.	1° Q.	2° Q.	3° Q.	Valor-p¹
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	Enfermeiro	87	0,50	0,04	0,25	0,50	0,75	0,802
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,45	0,04	0,25	0,50	0,50	
	Outros	24	0,55	0,08	0,25	0,50	1,00	
	Médico	114	0,59	0,03	0,33	0,67	1,00	
	Enfermeiro	87	0,54	0,04	0,33	0,67	1,00	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,55	0,04	0,33	0,67	0,67	
Feedback e comunicação sobre erros	Outros	24	0,54	0,08	0,17	0,67	1,00	0,472
	Médico	114	0,39	0,04	0,00	0,33	0,67	
	Enfermeiro	87	0,39	0,04	0,00	0,33	0,67	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,32	0,04	0,00	0,33	0,67	

Dimensões	Cargo/Função	N	Média	E.P.	1° Q.	2° Q.	3° Q.	Valor-p ¹
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,18	0,03	0,00	0,00	0,33	0,264
	Outros	24	0,19	0,06	0,00	0,00	0,33	
	Médico	114	0,44	0,04	0,00	0,33	1,00	
	Enfermeiro	87	0,37	0,04	0,00	0,33	0,67	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,38	0,04	0,00	0,33	0,67	
Trabalho em equipe	Outros	24	0,53	0,08	0,33	0,50	1,00	0,682
	Médico	114	0,36	0,03	0,00	0,25	0,75	
	Enfermeiro	87	0,34	0,04	0,00	0,25	0,75	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,36	0,04	0,00	0,25	0,50	
Transferências internas e passagens de plantão	Outros	24	0,39	0,05	0,25	0,25	0,50	0,199
	Médico	114	0,41	0,03	0,00	0,25	0,75	

Dimensões	Cargo/Função	N	Média	E.P.	1° Q.	2° Q.	3° Q.	Valor-p ¹
Percepção geral da segurança do paciente	Enfermeiro	87	0,45	0,04	0,25	0,50	0,75	0,561
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,41	0,04	0,00	0,38	0,75	
	Outros	24	0,54	0,05	0,25	0,50	0,75	
	Médico	114	0,30	0,03	0,00	0,33	0,67	
	Enfermeiro	87	0,25	0,03	0,00	0,00	0,33	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,30	0,04	0,00	0,33	0,67	
Frequência de eventos comunicados	Outros	24	0,32	0,07	0,00	0,33	0,67	0,001*
	Médico	114	0,19	0,03	0,00	0,00	0,33	
	Enfermeiro	87	0,36	0,05	0,00	0,00	1,00	
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	74	0,37	0,05	0,00	0,33	0,67	

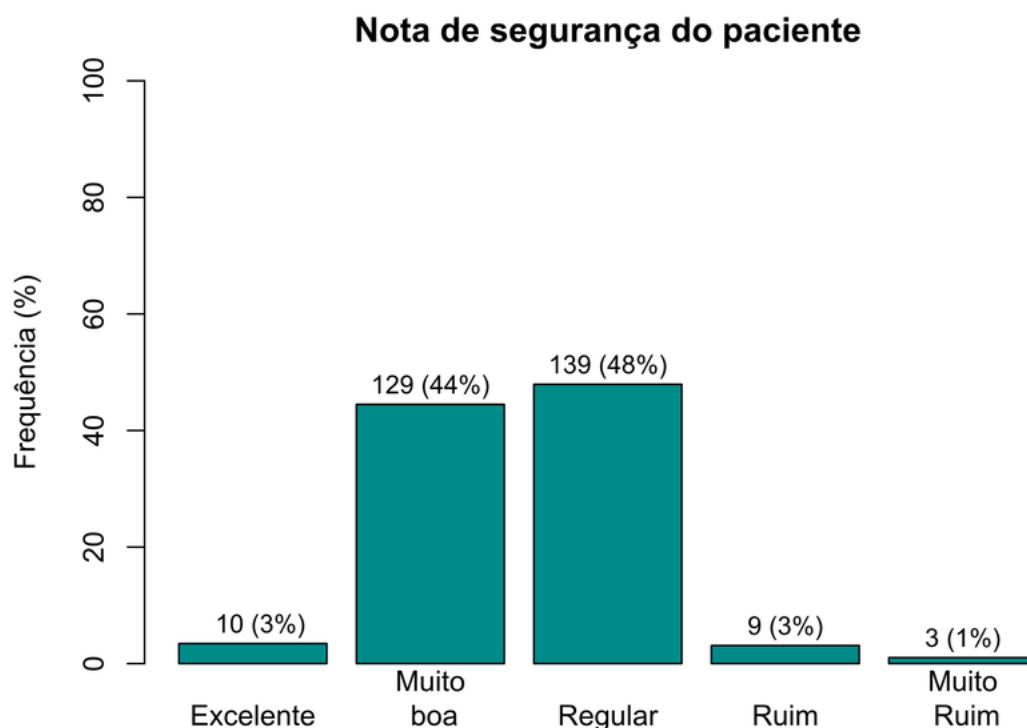
Dimensões	Cargo/Função	N	Média	E.P.	1º Q.	2º Q.	3º Q.	Valor-p ¹
	Outros	24	0,47	0,09	0,00	0,50	1,00	

Fonte: Dados da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa. ¹ Teste de Kruskal-Wallis. *p < 0,05

No gráfico 5, observa-se que a nota de segurança do paciente atribuída pelos profissionais, varia de regular a muito boa, sendo que maioria dos participantes (48%) consideraram a nota de segurança do paciente regular e, (44%) a considerou muito boa.

Gráfico 5 – Nota Geral de Segurança do Paciente dos Três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.



Dados da pesquisa

Na tabela 6, se apresenta a nota de segurança do paciente e notificação de eventos adversos. Segundo a análise, houve diferença significativa (p=0,015) entre os três hospitais.

Sendo que os participantes dos hospitais B e C atribuíram nota muito boa, em maior porcentagem com 48% e 49%, respectivamente; já os participantes do hospital A atribuíram a nota regular em maior porcentagem com 51%. Em relação à notificação dos eventos adversos, identificou-se que 83% dos participantes pertencentes ao hospital B, não realizaram nenhuma notificação de eventos adversos, quando comparado ao hospital A e C.

Tabela 6 – Descrição da Nota Geral de Segurança do Paciente e Notificação dos Eventos Adversos para os Três Serviços de Atenção Obstétrica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Variável/Hospital		A		B		C		Valor-p ¹
		N	%	N	%	N	%	
Nota de Segurança do Paciente	Excelente	6	7	3	3	1	1	0,015
	Muito Boa	29	35	51	48	49	49	
	Regular	43	51	50	47	46	46	
	Ruim	6	7	2	2	1	1	
	Muito Ruim	-	-	-	-	3	3	
Notificação de eventos	Nenhuma notificação	67	80	91	83	65	64	0,014
	1 a 2 notificações	10	12	15	14	30	29	
	3 a 5 notificações	3	4	2	2	3	3	
	6 a 10 notificações	1	1	2	2	3	3	
	11 a 20 notificações	2	2	-	-	1	1	
	21 notificações ou mais	1	1	-	-	-	-	

Fonte: Dados da pesquisa

6 DISCUSSÃO

O nascimento é algo de todos nós, faz parte do nosso cotidiano e, portanto, um assunto de interesse da sociedade e dos indivíduos. Ao engravidar, a mulher procura uma assistência à sua saúde, bem como para a vida que ela carrega em seu corpo. Além disso, as mulheres buscam uma compreensão mais ampla e abrangente dessa situação para elas e suas famílias. Na vida reprodutiva de uma mulher, a gestação, o puerpério e, em especial, o parto estão permeadas de fortes emoções e são capazes de deixar marcas profundas na vida dos envolvidos. Nesse sentido, a preocupação com a segurança do paciente na atenção obstétrica deve considerar os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos nesses momentos tão ímpares para as mulheres e suas famílias.

Assim como o nascer é de todos, o errar é humano! E falar sobre falhas, por vezes, é difícil pela característica pessoal e subjetiva. Na obstetrícia, em especial, há um estreitamento da relação profissional-paciente, seja pela característica íntima do cuidado, seja pelo momento único de várias vidas. Cury e Paula (2013) refere que, geralmente é depositada no obstetra uma responsabilidade quase divina e, nesse contexto um erro ou intercorrência inevitável pode levar a um conflito judicial. Assim, desenvolver processos de trabalho nas instituições que possibilitem uma linguagem comum entre os profissionais torna-se urgente, para a melhoria da assistência com foco na segurança do paciente e na qualidade do cuidado.

Na obstetrícia, tanto os fatores fisiológicos, comportamentais, quanto os relacionados ao gênero, mercado de trabalho e política podem interferir na segurança das pacientes admitidas nos serviços de atenção obstétrica.

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria dos profissionais são da obstetrícia. Ressalta-se que dentro do serviço de atenção obstétrica, o processo e a natureza do trabalho é desenvolvido por uma grande força de trabalho humano, que inclui várias categorias profissionais. Na categoria médica têm-se as especialidades de obstetra, anesthesiologista e pediatria. Dentre os profissionais de enfermagem, as enfermeiras obstétricas, generalistas e técnicos de enfermagem. Além disso, conta-se com o farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo, nos casos habituais. Esse contingente pode ser ampliado por médicos da cirurgia geral, da endocrinologia, da urologia, da dermatologia, da neurologia, da genética, entre outros, nos casos considerados de alto risco.

Com relação ao tempo de trabalho no hospital, bem como o tempo de trabalho na área, a maioria dos participantes possui de um a cinco anos. Segundo Reis (2013), o pouco tempo de trabalho na unidade hospitalar pode comprometer a segurança do paciente. Entretanto, desde que se reconheça a necessidade de desenvolver o tema da segurança do paciente, como quesito fundamental na relação de cuidados oferecidos pela equipe multidisciplinar, o pouco tempo de trabalho no hospital pode não comprometer os níveis de segurança. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; SOUSA; MENDES, 2014)

Foi possível identificar que no grau de instrução dos participantes prevaleceu a pós-graduação, em nível de especialização; isto pode ser atribuído ao incentivo do Ministério da Saúde para a formação em obstetrícia, na modalidade de residências e especializações. As instituições que possuem maior qualificação profissional podem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado. Segundo Pedreira (2009), as evidências produzidas em diversos países, apresentam bons resultados vinculados à promoção da segurança do paciente como: redução de taxas de infecção hospitalar, mortalidade, quedas, incidentes com medicamentos e tempo de permanência dos pacientes. (PEDREIRA, 2009)

Ao especificar as variáveis de caracterização, segundo o local do estudo, os participantes do hospital B referiram ter entre um a cinco anos de tempo de trabalho no hospital e os participantes do hospital C, referiram ter entre um a cinco anos de tempo de trabalho na área. Quanto maior o tempo de trabalho na área, maior a possibilidade de vivenciar casos na obstetrícia, desde os habituais, às grandes urgências. Quanto maior o tempo, melhor adaptação dos profissionais com normas, rotinas e protocolos assistenciais, que garantam um melhor envolvimento da equipe na melhoria da qualidade da assistência.

Por outro lado, a rotatividade de profissionais no hospital pode comprometer a segurança do paciente, no que tange ao desconhecimento dos protocolos e processos de trabalho já consolidados nas instituições (WEGNER, 2016).

Como instituições de ensino, estes hospitais são polos formadores e disseminadores de profissionais para assistência obstétrica. A rotatividade de residentes alerta aos serviços sobre a importância do acolhimento aos novos profissionais, em relação à instrução dos processos de trabalho. (SANCHES; PEDRO, 2016)

Os resultados do estudo, também mostram que a maioria dos participantes trabalhava entre 40 a 59 horas/semana, no hospital C. Este resultado pode ser atribuído à forma de ingresso dos profissionais à instituição, quando contratados, a carga horária inicial é de 40 horas e, ainda, permite uma flexibilização dessa carga horária. Nos hospitais A e B, os concursos públicos já determinam o número máximo de horas, por semana, de trabalho por funcionário.

No estudo, a categoria profissional predominante, ou seja, os enfermeiros encontram-se no hospital C. Isto também pode ser atribuído à política institucional. Em que este profissional é formado e incentivado a ampliar a formação como cenário-modelo da Rede Cegonha, com participação ativa dos enfermeiros obstetras e com possibilidade de executar as boas práticas na assistência ao parto. O predomínio desses profissionais reforça a sua importante contribuição, no que se refere à prática assistencial de acordo com os princípios da humanização, as diretrizes do MS e em concordância com a OMS. (J et al., 2015)

Diante disso, faz-se necessário que os hospitais de referência assistencial e de ensino, busquem estratégias para desenvolver a cultura de segurança desde a formação e, aprimorem os processos de trabalho assistencial com foco na segurança do paciente.

O índice médio de respostas positivas foi de 57% para a dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente”, os resultados obtidos nessa dimensão se aproximam ao estudo de Sousa (2013) com 58%. Entretanto, valores superiores foram obtidos nos estudos de Tomazoni et al. (2015) 61%, Eiras, Margarida et al. (2011) 62%, de Zenewton (2013) 63% e J, T e N (2012) 75%.

A dimensão “Aprendizado organizacional/ melhoria contínua” também apresentou potencial para melhoria. Resultados similares foram obtidos no estudo de Sousa (2013) e Zenewton (2013), ambos com 54%; porcentagens ainda inferiores foram apresentadas nos estudos de Tomazoni et al. (2015) e Minuzzi, Salum e Locks (2016) com 46% e 39%, respectivamente. Entretanto, esta dimensão foi melhor avaliada nos estudos de Eiras, Margarida et al. (2011) 71% e Sorra e Nieva (2004) 71% e J, T e N (2012) com 73%.

Por outro lado, destaca-se que dentre as dimensões com menor índice de respostas positivas, a dimensão “Resposta não punitiva ao erro” foi avaliada de forma mais negativa, pelos participantes dos três hospitais. Isto é, apenas 19% deles sentem que seus erros e relatos de eventos, não retornam contra eles e que os erros não são mantidos em seu arquivo funcional. Esse dado se aproxima ao encontrado por Sousa (2013) com 21%; em contrapartida, outros autores relatam valores superiores que variam de 41% a 58%. Eiras, Margarida et al. (2011), Sorra e Nieva (2004), J, T e N (2012), Zenewton (2013) e o de Tomazoni et al. (2015).

Com o aumento da judicialização da saúde, os profissionais tem a preocupação de que os erros acontecidos durante a assistência prestada podem ser registrados no seu arquivo funcional e, caso notifiquem possam ser penalizados. A cultura predominante de abordagem individual, ao invés da abordagem sistêmica frente aos erros, acaba interferindo na identificação das falhas, o que por sua vez repercute na análise dos incidentes em prol de melhorias (TOMAZONI et al., 2015). Para tanto, faz-se necessário abolir a cultura do medo, de modo que, o comportamento da equipe multidisciplinar deve-se nortear por princípios como autonomia, comunicação efetiva, confiança mútua, respeito às subjetividades e na prática baseada em evidências científicas.

Segundo Fragata e Martins (2006), se deve ter o cuidado ao analisar os eventos adversos, de forma que não se dê início a um ciclo de medo e de fuga por receio de represálias. Cometer erros é parte da natureza humana e estes acontecem devido a um conjunto de falhas sequenciais existentes nos sistemas de saúde e, não meramente por um fator isolado, como o descuido do profissional (REASON, 1990).

Assim, faz-se necessário estudos sobre os eventos adversos na obstetrícia, considerando as especificidades desta área, como os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais. Viver uma experiência de parto agradável, livre de danos ao binômio mãe-bebê deve ser o propósito das equipes dos serviços de atenção obstétrica, bem como uma meta institucional.

O sentimento de medo dos profissionais somado ao pouco conhecimento sobre as ferramentas estratégicas para o desenvolvimento da segurança do paciente pode ser identificado nos

resultados deste estudo. Na dimensão “Frequência de eventos comunicados”, quando apresentado por hospital, identifica-se que o hospital C, comunica os erros com menos frequência, do que os outros hospitais.

Com relação à dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”, apenas 35% dos participantes avaliaram eficiente o sistema em prevenir erros, assim como referem não há problema com a segurança do paciente nas instituições sede do estudo. O hospital B, obteve o melhor índice com 41,44%, ainda assim, este resultado é inferior aos obtidos em outros estudos, cujas porcentagens variaram de 44% a 67%. Souza (2013), Zenewton *et al* (2012), de Eiras *et al* (2011) e Sorra *et al* (2012).

Os resultados dessa dimensão condizem com a nota de segurança do paciente emitida pelos participantes do estudo. Ao analisar a nota de segurança do paciente, 51% dos participantes do hospital B, consideraram a nota como muito boa; o que sinaliza que os profissionais da equipe multidisciplinar identificam que a instituição precisa melhorar as atividades referentes à segurança do paciente, mas reconhecem que existem ações em desenvolvimento.

Das dimensões com maior número de respostas positivas para os três serviços de atenção obstétrica, verifica-se que na dimensão “Trabalho em equipe na unidade” 68% dos participantes, declaram: “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente“. Pode-se inferir que esses profissionais reconhecem o esforço dos integrantes da equipe em ajudarem-se, como por exemplo, nos casos de urgências. O trabalho na obstetrícia é, por vezes, estressante; fatos como a imprevisibilidade do parto pode levar a uma assistência longa e intensa, assim os riscos e a responsabilidade acentuam-se dependendo do contexto. Mas, quando os envolvidos estão empenhados em obter resultados bons e seguros, o trabalho em equipe se reflete em uma boa assistência. (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2001)

Em relação à dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente”, os profissionais da equipe multidisciplinar reconhecem o importante papel das lideranças (supervisor/chefia) nos serviços de atenção obstétrica. Nesta dimensão evidencia-se que 71% dos participantes avaliaram como positivo o item B4-I “O meu supervisor/chefe dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”. O típico gradiente de hierarquia, entre profissionais, estabelecido nas organizações de saúde, consiste na distância psicológica entre o trabalhador e o seu supervisor. Níveis de gradiente de autoridade são esperados, mas, quando os profissionais se sentem intimidados em compartilhar preocupações com seus superiores, com o receio de serem punidos ou de causarem irritação à sua chefia, esses gradientes tornam-se perigosos (WACHTER, 2010) .

Outra dimensão que também se enquadra como frágil ou com potencial para a melhoria é “Aprendizado organizacional/ melhoria contínua”, sendo o item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, o melhor avaliado com 66% de respostas positivas. Os profissionais reconhecem os esforços empreendidos pelas instituições em prol da

segurança do paciente.

Para as dimensões consideradas frágeis, isto é, com menos de 75% de respostas positivas, encontra-se a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, o item A8 – I “Os profissionais não consideram que seus erros podem ser usados contra eles” correspondeu ao de maior discordância pelos participantes 65%; ou seja, os profissionais colocam em evidencia a cultura de culpa, quando negam uma resposta não punitiva ao erro. O receio de que seus erros sejam usados contra eles, corrobora-se com o fato de uma grande porcentagem dos participantes do estudo, não ter realizado nenhuma notificação de incidentes no último ano.

Para transformar a cultura de culpabilidade, têm-se dois obstáculos: a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido – ele está pronto para a tarefa; e, a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência. Juntos, esses fatores difundidos nas instituições de saúde, torna-se difícil para os prestadores de cuidados de saúde, em admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (WHO, 2008).

A dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” teve avaliação negativa, e o item A15 “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” foi o de maior discordância pelos participantes 63%. Diante deste resultado, pode-se inferir que os profissionais reconhecem que os sistemas não são eficientes em prevenir erros e, há um problema com a segurança do paciente nos hospitais sede do estudo.

Na dimensão “Frequência de eventos comunicados” o item D1 “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” foi o de maior discordância entre os participantes, ou seja, 45% escolheram a resposta nunca. Os eventos, na opinião dos participantes, não são comunicados quando os erros são capturados e corrigidos, até mesmo antes de afetar o paciente, ou quando ocorrem erros sem potencial para prejudicar o paciente ou, no caso de erros que podem prejudicar o paciente. As ações que comprometem a segurança do paciente são relacionadas a fatores organizacionais, gerenciais e humanos e a análise desses eventos adversos ou quase-falhas são necessárias para proporcionar mudanças no processo de trabalho e traçar estratégias para a melhoria da qualidade da assistência prestada (BARATTO, 2016).

Ao realizar a análise de correlação entre as dimensões e os cargos ou funções, os resultados mostraram diferença significativa em três dimensões, sendo elas: “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança” ($p = 0,001$), “Abertura para comunicação” ($p = 0,001$) e “Frequência de eventos comunicados” ($p = 0,001$). Pelos resultados do estudo, pode-se interpretar que a categoria médica deposita maiores expectativas relacionada à supervisão para a promoção da segurança do paciente; para eles existe maior abertura para conversar sobre os erros que podem afetar o paciente. No entanto, na dimensão “frequência de eventos comunicados”, observa-se que a categoria de enfermagem identifica e notifica mais os erros percebidos, quando comparado à categoria médica. A cultura de segurança varia amplamente entre diferentes profissionais, e é fundamental questionar todos eles para se desenhar um retrato

completo da cultura de uma organização (WACHTER, 2010).

As relações de poder, culturalmente presentes no ato comunicativo evidenciam, nesse estudo, que a equipe médica está mais aberta a comunicação e se sente mais livre para questionar pessoas de mais autoridade, como também, são mais questionados nas suas condutas, prescrições e ações. A hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional pode levar a algumas categorias profissionais a dificuldade em se expressar abertamente. Estas barreiras comunicacionais são facilitadoras de erro, na medida em que o feedback a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizados, impedindo uma correção em tempo hábil. (SANTOS et al., 2010)

As ações do supervisor/chefe quando pautadas em atitudes de valorização e respeito mútuo podem quebrar as distâncias geradas pela estrutura hierárquica e de poder, o que pode tornar a comunicação entre os membros da instituição efetiva. Para Santos (2010) a solicitação de informação frequente à equipe sobre situações e acontecimentos gera-se maior confiança no supervisor.

O fato da categoria de enfermagem comunicar com maior frequência os eventos, seja quando os erros são identificados e corrigidos antes de afetar o paciente, ou quando estes prejudicam ao paciente, é corroborado pelo fato desta categoria exercer a liderança dos plantões, bem como, de equipes (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006). CHAGAS e SELOW (2016) consideram o enfermeiro como o profissional mais capacitado, tanto para gerenciar as notificações de incidentes, quanto para estimular a equipe. Vale ressaltar que a melhoria dos indicadores da qualidade do cuidado está relacionada ao gerenciamento de risco dos erros, o que por sua vez depende das notificações. Com isto, todas as categorias devem ser estimuladas a comunicar os erros.

Em relação à nota de segurança dos pacientes, houve diferença significativa ($p=0,015$) entre os três hospitais. Sendo a nota regular atribuída pelos participantes do hospital A com 51%. Embora nessa instituição se adotem medidas em prol da segurança do paciente, pode-se evidenciar a falta de consolidação destas. A avaliação da cultura de segurança em hospitais tem sido objeto de diversos estudos pré e pós-intervenções, na qual se mostram as necessidades percebidas na avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados, a partir da implementação efetiva de intervenções de segurança (SOUSA; MENDES, 2014) .

Em relação à notificação de eventos, identificou-se diferença significativa ($p=0,014$) para os três hospitais. Assim, o hospital C notifica mais do que outros dois cenários do estudo. Esse processo precisa ser incorporado na rotina das unidades hospitalares pelos profissionais de maneira natural, responsável e ética. Ressalta-se a importância em se deve distinguir entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), do comportamento de risco (por exemplo, “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016). A notificação de eventos gera um processo de aprendizagem. que permite às equipes melhorar a assistência

prestada aos usuários.

Diante disso, sugere-se minimizar as fragilidades das dimensões, com base nos pressupostos da cultura de segurança do paciente a fim de melhorar a qualidade, a segurança, a melhoria da experiência da paciente com o cuidado, e os indicadores na atenção obstétrica. Minimizar o sentimento de culpabilidade do indivíduo, para que as relações profissionais possam ocorrer baseadas na confiança mútua, na definição clara dos processos de trabalho, na boa comunicação de uma equipe assistencial dentro de um sistema de saúde.

A resposta não punitiva ao erro perpassa pelo entendimento do erro como componente de um processo sistêmico que acontece com qualquer ser humano. Analisa-los dentro de um processo de trabalho bem desenhado pelas equipes, permite a comunicação e a busca pela melhoria contínua da qualidade, com ênfase na segurança do paciente. Para tanto, para minimizar essas fragilidades, além do entendimento dessa cultura, faz-se necessária à construção de estratégias que consigam aproximar-se do cotidiano dos serviços de atenção obstétrica e do ensino em obstetrícia.

Dessa maneira, é possível fortalecer, também a dimensão do trabalho em equipe, que se comportou nesse estudo, como fragilidade ou um potencial para a melhoria. Mesmo com suas peculiaridades e histórico de exclusão de alguns profissionais do contexto e do cenário obstétrico. A ideia de equipe multidisciplinar nos serviços de atenção obstétrica perpassa pela corresponsabilização dos envolvidos no cuidado, incluindo profissionais que atuam direta ou indiretamente, pacientes, acompanhantes e gestores para que a cultura de segurança possa evoluir para estágio mais proativo e favoreça as mudanças positivas nas organizações.

O aprendizado organizacional é uma excelente estratégia de melhoria contínua. A multiplicidade de informações e o avanço tecnológico em saúde aumenta a complexidade do cuidado e, é fundamental que as organizações promovam ações voltadas a garantir a segurança do paciente. Estimulado e incentivado pelos líderes, essa ação é capaz de promover a segurança do paciente com atualizações periódicas, com espaço de escuta para os profissionais e espaços colegiados de gestão que possibilitem não só, a resolução de conflitos, bem como ser capaz de promover a cultura de segurança do paciente.

Assim, os pilares de sustentação de uma cultura de segurança forte, baseados na confiança, no relato e na busca pela melhoria contínua quando somados à incorporação de tecnologias, a desfragmentação do saber e, ao respeito às subjetividades podem representar a melhoria da assistência e do ensino nos serviços de atenção obstétrica.

Pode-se dizer que em um mundo multicultural, faz-se necessário o estabelecimento da cultura de segurança do paciente, numa perspectiva multiprofissional. Além disso, o envolvimento e a perspectiva do paciente também devem ser considerados para melhorar a qualidade do cuidado. Dentre as limitações desse estudo pode ser considerado o fato da pesquisa ser realizada apenas com três instituições de ensino e a escassez de estudos sobre o tema objeto de estudo nos serviços

de atenção obstétrica.

7 CONCLUSÃO

As equipes multiprofissionais dos serviços de atenção obstétrica que fizeram parte do presente estudo com foco na cultura de segurança do paciente foram, em sua maioria, da área da ginecologia/obstetrícia, composta por profissionais jovens, do sexo feminino, tendo a especialização como o maior grau de instrução. Quanto ao tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na área, predominou o período de um a cinco anos. Os participantes, em sua maioria, trabalham de 40 a 59 horas por semana e referiram prestar assistência direta ao paciente. A categoria de enfermagem apresentou-se como o maior contingente de força de trabalho nestas instituições.

Ao analisar a cultura de segurança, como um modo de pensar que se materializa no modo de fazer, em nenhuma das 12 dimensões do instrumento HSOPSC identificou-se áreas de fortaleza, ou seja, a cultura de segurança do paciente nos serviços de atenção obstétrica se comportou como frágil ou com potencial para melhoria. Portanto, identifica-se a necessidade iminente de adotar estratégias para melhorar esses resultados.

Foi possível verificar, ainda, que a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional não difere entre os serviços de atenção obstétrica pesquisados. Nos três serviços pode-se identificar um modelo de atenção obstétrica hierarquizado, profissional-centrado, intervencionista e, ainda, com predomínio de uma cultura punitiva frente aos erros cometidos pelos profissionais.

Quando analisado o número de eventos notificados, a maioria dos participantes refere não ter notificado nenhum evento no último ano. Contudo, mesmo com todos os investimentos em políticas, programas e implantação dos núcleos de segurança do paciente, pode-se inferir que a equipe multiprofissional não reconhece a notificação de eventos adversos como oportunidade de aprendizagem.

A nota de segurança do paciente dada pela equipe multiprofissional para os serviços de atenção obstétrica foi avaliada como regular. Questiona-se se as premissas da legislação vigente, bem como as ações dos núcleos de segurança das instituições, estão conseguindo adentrar o cotidiano das práticas assistenciais com foco na melhoria da qualidade do cuidado.

Constatou-se no estudo que o hospital B apresenta os maiores índices de respostas positivas em todas as dimensões da cultura de segurança, bem como os participantes avaliaram melhor a nota de segurança do paciente quando comparado às outras duas instituições.

Ao correlacionar as dimensões do HSOPSC e o cargo/função dos participantes do estudo, identificou-se diferença estatisticamente significativa para as dimensões “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança”, “Abertura para a comunicação” e “Notificação de eventos adversos”. Nos três serviços, a categoria médica possui maior abertura para a comunicação e identificam mais as expectativas e ações do supervisor/chefia para a segurança do paciente. Já os

enfermeiros notificam com maior frequência os eventos adversos.

Com base no que foi exposto, o trabalho em equipe com uma comunicação eficaz, com a responsabilização dos envolvidos no cuidado, com o apoio da gestão, com a análise dos incidentes e com respostas não punitivas ao erro podem ser consideradas estratégias que possibilitam o avanço para um estágio mais proativo da cultura de segurança do paciente.

Além disso, a incorporação da prática baseada em evidências e a adoção de um modelo de cuidado obstétrico centrado nas necessidades e direitos das mulheres, assim como de seus bebês e familiares, poderão produzir efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado nos serviços de atenção obstétrica, com ênfase na segurança do paciente.

Nesse sentido, por serem hospitais com atividades de ensino para novos profissionais que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, consideramos que a avaliação é essencial, mas não é suficiente. É preciso investir na formação profissional com foco na intervenção dos problemas encontrados. Incentivar a melhoria dos processos de trabalho no que se referem às dimensões de fragilidade ou como potencial para melhoria. Deve-se considerar a relevância de abordar o tema da segurança do paciente desde o início do processo de graduação, a fim de formar uma ética profissional alicerçada na qualidade do cuidado. Pesquisas adicionais são necessárias para determinar a generalização desses resultados para conjuntos maiores de hospitais e outras configurações de cuidados.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, scielo, v. 18, p. 313 – 324, 06 2014. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php%3Fflang%3Den%26pid%3DS1414-32832014000200313>>.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD, 2016. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>.
- AGRESTI, A. Categorical data analysis. **New York: Wiley**, 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Advanced life Support in Obstetrics Advisory Board**. 4. ed. Kansas, 2001.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA de nº 36 de 25 de julho de 2013. 2013.
- BARATTO, M. A. M. et al. Culture of patient safety in the hospital setting: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 11, p. 4126 – 4136, sep 2016.
- BATISTA, A. C. de O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132 p. Dissertação (Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/157311>>.
- BLUMENTHAL D. Quality of care: what is it? ; 335(17):891-94. **N Engl J Med.**, 1996.
- BRASIL. Saude Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>.
- BRASIL. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasil, Abril 2013.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, ANVISA, Brasília-DF, 2014. – (Tecnologia em serviços de saúde) ISBN: 978-85-88233-45-4.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde.**, Brasília,, 2010a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 2012. Diário oficial da união, Seção 1, p.59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.
- BURKE, P. **Popular culture in early modern Europe**. 3. ed. Burlington: Ashgate Publishing, 1974. ISBN 978-0-7546-6507-6.

- CARVALHO, R. E. F. L. de et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, v. 25, n. 3, 00 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-11692017000100310%26lng%3Den%26nrm%3Diso>. Acesso em: 10/09/2017.
- CHAGAS, K. D.; SELOW, M. L. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca da garantia de qualidade e segurança assistencial. **Vitrine Prod. Acad., Curitiba**, v. 4, n. 2, p. 89 – 161, jul./dez 2016.
- CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. **The Milbank Quarterly**, Blackwell Publishing Ltd, v. 91, n. 3, p. 459 – 490, 9 2013. ISSN 0887-378X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3790522/>>.
- COTTA, C. L. S. Desafio na saúde. **www.revistaviverbrasil.com.br**, n. 205, p. 28 – 30, Jan 2018.
- COUTO, R. C. et al. Anuário Da Segurança Assistencial Hospitalar No Brasil. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/anuario_atualizado_0612.pdf>. Acesso em: 29/11/2017.
- CURY, L.; PAULA, F. J. de. Análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia e o impacto do laudo pericial nas decisões do magistrado. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2013. ISSN 2317-2770. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/iof_182_03-jurisprudencia_obste.pdf>.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2014. Ciência & Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>>.
- DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1413-81232005000300019>.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>>.
- DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, World Health Organization, v. 82, n. 12, p. 892 –, 12 2004. ISSN 0042-9686. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623103/>>.
- DONALDSON, S. L.; PHILIP, P. **World Health Organization (WHO). Patient safety — a global priority**. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>>.
- EIRAS, MARGARIDA ET AL. Estudo piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses. **Direcção Geral de Saúde**, Lisboa, 2011.
- FISHER, E. S.; SHORTELL, S. M. Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how. **JAMA**, v. 304, p. 1715 – 6, 10 2010.
- FLIN et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Saf. Sci.**, v. 92, n. 177, p. 34 – 37, Janeiro 2000.

FORTIN, M. **Fundamentos e Etapas do Processo de investigação**. 1. ed. [S.l.]: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRAGATA, L.; MARTINS, J. e. O Erro em Medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade. **Almedina**, 2006.

GORGA, L. **Obstetrícia é maior geradora de litígios na medicina, aponta pesquisa**. 2017. <https://www.conjur.com.br/2017-mai-18/obstetricia-concentra-litigios-medicina-aponta-pesquisa>.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. **New York: John Wiley & Sons**, 1999.

HOPE, A. **A simplified Monte Carlo significance test procedure**. [S.l.]: J. Roy, Statist. Soc., 1968.

J, S. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst Rev [on line]**, 2015. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php%3Fdb%3Dreviews%26id%3DCD004667>>.

J, S. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290200710024C). **Agency for Healthcare Research and Quality**, AHRQ Publication, February 2012.

KOHN, L. T. et al. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. [S.l.]: The National Academies Press, 2000. ISBN 978-0-309-13279-4.

LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759 – 772, 12 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0034-89102002000700017%26lng%3Den%26nrm%3Diso>. Acesso em: 29/11/2017.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S5 –, 2014.

MACDONALD, C. J. et al. Online training for healthcare workers: improving the quality of life for dementia patients in long-term care facilities. **eLearn Magazine**, v. 2005, n. 9, p. 3 –, 2005. Disponível em: <<http://doi.acm.org/10.1145/1104985.1104991>>.

MARTINS, E. F. et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Escola Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 38 – 45, 03 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1414-81452013000100006%26lng%3Den%26nrm%3Diso>. Acesso em: 29/11/2017.

MEDICINE, I. of. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.

MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem**. 2013. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-07072013000400031%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.

- MENDES JÚNIOR, W. V. Torre de Babel. **ResearchGate**, Janeiro 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236839872_Torre_de_Babel>. Acesso em: 14/06/2014.
- MINUZZI, A. P. et al. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v. 25, n. 2, 00 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-07072016000200313%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, v. 43, n. spe, p. 992 – 999, 12 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0080-62342009000500002%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- PEDREIRA, M. da L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, v. 22, n. 4, p. v – vi, 00 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0103-21002009000400001%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- PIRES, J. C. de S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Fundação Getulio Vargas, v. 40, n. 1, p. 81 – 104, 02 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0034-76122006000100005%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- POLIT, D. F. et al. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011. ISBN 9788536325453.
- REASON, J. **human error**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1990. 0.
- REASON, J. **The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries**. 1. ed. England: An Ashgate Book, 2008. ISBN 978-0754674023.
- REIS, C. T. et al. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 28, n. 11, p. 2199 – 2210, 11 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0102-311X2012001100019%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- REIS, C. T. et al. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, p. 2029 – 2036, 07 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1413-81232013000700018%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.
- REIS, F. L. dos. **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado**. [S.l.]: Pactor, 2010. ISBN 9789896930004.
- REIS, Z. et al. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 234 – 239, 2011.
- RIBEIRO, M. et al. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, p. 109 – 115, 2006.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cadernos de Saúde Pública**, scielo, v. 30, p. S35 – S36, 00 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php%3Fflang%3Den%26pid%3DS0102-311X2014001300007>>.

RUNCIMAN, W. B. et al. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. **Quality & Safety in Health Care**, BMJ Group, v. 15, n. Suppl 1, p. i82 – i90, 12 2006. ISSN 1475-3898. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464872/>>.

RUOFF, A. B. et al. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, v. 38, n. 1, 00 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1983-14472017000100505%26lng%3Den%26nrm%3Diso>.

SANCHES, M. O.; PEDRO, E. N. R. **Simulação de alta complexidade no ensino superior em enfermagem**. 2016. Tese (Doutorado) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/142823>>.

SANTOS, J. S. et al. Fiscalização do exercício profissional e projeto ético-político. **Serviço Social & Sociedade**, scielo, p. 146 – 176, 03 2010. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php%3Fflang%3Dpt%26pid%3DS0101-66282010000100008>>.

SARAIVA, M. A. et al. **Análise não-paramétrica de dados funcionais**. 2009. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual de Campinas . Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/%3Fcode%3D000471073>>.

SCHEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**. 4. ed. [S.l.]: Jossey-Bass Publishers, 1991. ISBN 978-0-470-18586-5.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 1 – 10, 2006. ISSN 1472-6963. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>>.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In: _____. **VALA, J.; GARRIDO, M.; ALCOBIA, P. (Org.). Percursos da investigação em psicologia social e organizacional**. [S.l.]: Colibri Lisboa, 2004.

SMITH, P. C. et al. **Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects**. New York, 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf>. Acesso em: 20/12/2017.

SORRA, J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**, BioMed Central, v. 10, p. 199 –, 2010. ISSN 1472-6963. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912897/>>.

SORRA, P. J.; NIEVA, P. V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, n. 04-0041, September 2004. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004).

SOUSA, A. M. de. **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NUM CENTRO HOSPITALAR DA REGIÃO CENTRO**. 2013. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) — Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. v. 1 e 2. ISBN 978-85-8432-013-4 e 978-85-8432-015-8.

TOMAZONI, A. et al. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 161 – 169, 03 2015. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SDS0104-07072015000100161%26lng%3Den%26nrm%3Diso>. Acesso em: 24/01/2018.

VICENT, C. **Segurança do Paciente**: Orientações para Evitar Eventos Adversos. 1. ed. Londres: Yendis, 2010. ISBN 9788577281381.

VICTORA, C. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, n. 377, p. 1863 – 1876, 2011.

WACHTER, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. **ARTMED**, Porto Alegre, p. 1 – 321, 2010.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 3, 2016.

WENNBERG, J. E. **Tracking Medicine**: A Researcher's Quest to Understand Health Care. [S.l.]: Oxford University Press, 2010. ISBN 9780199731787.

WHO. **Hospital Safety Index**: Guide for Evaluators. Washington, DC., 2008. Acesso em 20 Jul. 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/812/SafeHosEvaluatorGuideEng.pdf?sequence=3D1%26isAllowed%3Dy>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles**. Geneva, Switzerland, 2002.

ZENEWTON, A. et al. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, Fev 2013. Acesso em: 21/11/2017.

Anexos

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada “Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica”. O objetivo geral da pesquisa é analisar a cultura de segurança na perspectiva dos profissionais de saúde nos serviços de atenção obstétrica.

A pesquisa será realizada através do questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” que foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA para medir a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de instituições de saúde.

Existe um desconforto e risco mínimo para você se submeter ao questionário como cansaço e alteração da rotina de trabalho, uma vez que o preenchimento do instrumento leva em torno de 10 minutos. Para diminuir tais riscos é possível sua entrega em data posterior conforme convir ao participante da pesquisa, não havendo qualquer constrangimento, se não concordar em participar. Caso concorde em participar você contribuirá para a compreensão do nível de cultura de segurança dos profissionais da dos serviços de atenção obstétrica, possibilitando que intervenções sejam feitas para o seu fortalecimento e melhoria do cuidado de saúde prestado aos pacientes nestes serviços.

As informações obtidas nesta pesquisa são totalmente confidenciais e o sigilo sobre sua participação é assegurado. Os resultados serão utilizados estritamente para fins acadêmicos, congressos, reuniões científicas, sem qualquer identificação dos indivíduos. Os registros serão guardados, sob a responsabilidade dos pesquisadores, por cinco anos e posteriormente destruídos.

A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. E a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. O Sr(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação.

Caso você concorde em fazer parte deste estudo, assine ao final desse documento, o qual possui duas vias: uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Foi-me esclarecido também que o pesquisador pode ser contatado a qualquer momento para dúvidas quanto à pesquisa e o COEP/UFMG quanto a questões éticas do projeto.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Em caso de dúvidas relacionadas ao estudo atual, entrar em contato com

Prof. Isabel Yovana Quispe Mendoza – 3409- 9856

Av. Alfredo Balena, 190 /SI 230 – Stª Efigênia.

CEP: 30.130-000 - Belo Horizonte/MG

Contato Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG:

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 -Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala 2005

Campus Pampulha. Belo Horizonte/MG CEP: 31270-901.

Telefone: 31-34094592

ANEXO B – PARECER DA CÂMARA DEPARTAMENTAL



ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP 30.130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax: 3409-9853 e-mail: enb@enf.ufmg.br



PARECER N. 17/2016 – ENB

INTERESSADA: “*Cultura de Segurança do paciente no Centro Obstétrico*”

RELATORA: Prof.^a Dr.^a. SELME SILQUEIRA DE MATOS

INSTITUIÇÃO: Escola de Enfermagem da UFMG

HISTÓRICO

Recebi 04-08-2016 projeto de pesquisa intitulado “**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA**” a ser desenvolvido pela orientanda JULIANA MARIA ALMEIDA DO CARMO do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFMG (Mestrado), orientada pela Prof.^a Dr.^a. ISABEL YOVANA QUISPE MENDOZA, docente do Departamento de Enfermagem Básica (ENB).

MÉRITO

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal cujos objetivos são:

Geral

- Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde nos serviços de atenção obstétrica

Específicos

- Identificar o perfil sócio demográfico dos profissionais que formam parte da equipe multiprofissional nos serviços de atenção obstétrica
- Analisar os escores das dimensões do instrumento HSOPSC de cultura de segurança do paciente nos dois hospitais
- Analisar os escores das dimensões do instrumento HSOPSC de cultura de segurança do paciente entre as diferentes categorias profissionais
- Associar os escores das dimensões do instrumento HSOPSC de cultura de segurança do paciente com as variáveis sócio demográficas

O estudo será realizado no Centro Obstétrico dos hospitais de ensino da Universidade Federal de Minas Gerais.

A população de estudo será constituída pelos membros da equipe multiprofissional do Centro Obstétrico dos hospitais de ensino da Universidade Federal de Minas Gerais

Os critérios de inclusão são:

- Profissionais da equipe multiprofissional que assinem o termo de consentimento livre e esclarecido
- Profissionais da equipe multiprofissional que trabalhem na unidade há mais de seis meses.

Os critérios de exclusão são:

- Profissionais afastados por motivos de licença de saúde, de gestação e por férias durante o período de coleta de dados
- Profissionais que tenham respondido o questionário como membro da equipe de outro hospital.

A coleta de dados será realizada com a utilização do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Este instrumento pode ser utilizado em todas as instituições hospitalares, possui 42 itens distribuídos em 12 dimensões que avaliam a cultura de segurança do paciente, a saber: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; aprendizado organizacional; melhoria contínua; percepção geral da segurança do paciente; feedback e comunicação a respeito de erros; abertura para comunicações; frequência de eventos relatados; trabalho em equipe dentro das unidades do hospital; pessoal; transferências internas e passagens de plantão e respostas não punitivas aos erros.

O instrumento avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Para avaliação da cultura de segurança dos centros obstétricos serão calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, que será calculado utilizando-se a fórmula:

$X = \frac{\text{número de respostas positivas da dimensão X}}{\text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \times 100$

A coleta de dados será realizada após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e anuência dos hospitais Sofia Feldman, Julia Kubitschek, Odilon e Santa Casa.

Os objetivos estão bem definidos e a revisão de literatura atualizada e pertinente. O percurso metodológico está bem delineado: amostra objetivamente descrita e coerente com o delineamento da pesquisa, coleta de dados viável e descrição adequada da proposta para análise dos dados. Consta no projeto, instrumento de coleta elaborado pelos pesquisadores, contemplando as variáveis que atendem aos objetivos propostos. O projeto segue as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e será submetido ao Comitê de Ética da UFMG após anuência das instituições. Apresenta em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, segundo descrição, precede o início da coleta de dados. O cronograma apresentado é compatível com a proposta apresentada e os custos para desenvolvimento do projeto serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores.

CONCLUSÃO:

Ao proceder-se à análise ao projeto, considera-se que o estudo é relevante para o ensino e formação de profissionais de saúde na cultura de segurança do paciente no centro obstétrico.

Neste sentido, por ser um projeto que está de acordo com a área de Interesse do ENB e da EEUFMG, sou SMJ dos membros da Câmara Departamental pela aprovação.

Belo Horizonte 10 de agosto de 2016.


Prof.ª Dr.ª SELME-SILQUEIRA DE MATOS
Relatora

Documento aprovado em
Câmara Departamental em 10/08/2016


Chefe do Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem da UFMG

Página 2 de 2

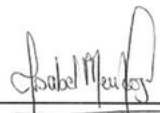
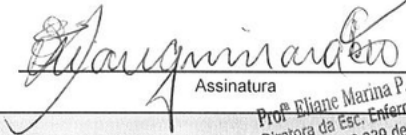
Prof.ª Selme Silqueira de Matos
Chefe do Departamento de Enfermagem Básica
Inscrição na UFMG nº 09115-4

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Isabel Yovana Quispe Mendoza			
6. CPF: 22855367808	7. Endereço (Rua, n.º): Avenida do contorno 2250 Floresta 1303 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30110070		
8. Nacionalidade: PERUANA	9. Telefone: (31) 3409-9856	10. Outro Telefone:	11. Email: isabelyovana@ufmg.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>08</u> / <u>09</u> / <u>2016</u>		 Isabel Mendoza Enfermeira COREN 2501207 _____ Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Minas Gerais	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Escola de Enfermagem	
15. Telefone: (31) 3409-9828	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>ELIANE MARINA P. GUIMARÃES</u>		CPF: <u>435.368.406-04</u>	
Cargo/Função: <u>DIRECTORA</u>			
Data: <u>08</u> / <u>09</u> / <u>2016</u>		 Assinatura Prof. Eliane Marina P. Guimarães Diretora da Esc. Enfermagem/UFMG Portaria nº 7.039 de 09/10/2014	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.602.502

segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar incidentes evitáveis em maternidades e unidades neonatais de hospitais de médio e grande porte;
- b) Identificar situações de cuidado que predisõem a incidentes evitáveis em serviços de atendimento materno- neonatal;
- c) Analisar como os profissionais de saúde reconhecem a quebra da segurança nas circunstância de cuidado na assistência materno neonatal;
- d) Analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em incidentes eventos adversos;
- e) Identificar a percepção dos usuários de serviço sobre a segurança assistencial;
- f) Analisar a cultura de segurança nos serviços de assistência materno neonatal;
- g) Descrever a percepção dos profissionais sobre a influencia dos acompanhantes ou dos próprios pacientes na segurança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente avaliados de acordo com o parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

Riscos e benefícios do projeto anexados a plataforma: "Riscos: Esta pesquisa possui riscos mínimos e será mantido o anonimato e sigilo para que não haja constrangimento. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes do estudo. Caso o participante venha a contrair danos em decorrência do referido estudo como constrangimento ao responder as questões, a participação pode em qualquer momento ser encerrada. Benefícios: Irá contribuir para a identificação de fatores evitáveis, que levam à insegurança no atendimento aos usuários dos serviços. E, ainda, o projeto envolve a formação de recursos humanos para atuar na área, por meio da participação ativa de alunos de mestrado, doutorado e de iniciação científica na equipe de trabalho. "

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores vem por meio deste informar o acréscimo do cenário de pesquisa - A maternidade do Hospital das clínicas de Minas gerais como um dos coparticipantes do estudo . Certo que pesquisar esse cenário será de grande valia no estudo , visto que esse hospital tem perfil de Hospital escola e é referencia nos cuidados obstétricos para o estado de Minas gerais.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad. Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4892 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.662.502

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente listados de acordo com a parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado: "A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal", sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Figueiredo Manzo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-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_832060_E1.pdf	01/12/2016 16:14:54		Aceito
Outros	emenda.docx	01/12/2016 16:13:42	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	hc.jpg	30/11/2016 17:08:05	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	544592162aprovacao.pdf	05/05/2016 09:26:40	Rangel Figueiredo de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_RN.docx	19/04/2016 09:51:22	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FUER.docx	19/04/2016 09:51:12	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S 2006
 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: 1.862.532

Ausência	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	autoricao.pdf	23/03/2016 11:52:26	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/03/2016 10:37:28	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Folha de Rosto	FOROSTO.pdf	07/03/2016 10:36:34	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANMATHOB.pdf	07/03/2016 10:36:24	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANCTIHOB.pdf	07/03/2016 10:36:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANSOFIA.pdf	07/03/2016 10:34:06	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANOETE3.pdf	07/03/2016 10:33:40	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANOETE2.pdf	07/03/2016 10:33:30	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANOETE.pdf	07/03/2016 10:33:18	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/03/2016 04:24:58	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2016 04:24:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	54459216parece.pdf	12/12/2016 18:48:50	Vivian Resende	Aceito
Outros	544592162emend.pdf	12/12/2016 18:49:07	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31) 3409-4892 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.662.502

BELO HORIZONTE, 02 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Recende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl. 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4892 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO E – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um **"Evento"** é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A B C D E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

