

## Cultura de segurança do paciente em uma maternidade

Patient Safety Culture in a maternity

Cultura de seguridad del paciente en una maternidad

**Roselaine dos Santos Félix<sup>1</sup>, Nadiesca Taisa Filippin<sup>2</sup>**

**Resumo:** **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional da maternidade. **Método:** estudo transversal, quantitativo, através do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Participaram 62 profissionais de um hospital do Rio Grande do Sul. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva. **Resultados:** a equipe não identificou área de força positiva; duas dimensões foram neutras, aprendizado organizacional e melhoria contínua (59,5%); expectativa e ações dos supervisores (51,1%). As dez restantes apresentaram potencial para melhorar, sendo que respostas não punitivas aos erros (15,5%) e apoio da gestão (29,6%) obtiveram as menores pontuações. A maioria dos profissionais não relataram eventos em 12 meses (80,6%) e avaliaram o grau de segurança do paciente como regular (59,7%). **Conclusão:** a maternidade possui uma cultura de segurança do paciente vulnerável, punitiva, com fraca adesão as notificações, requerendo maiores iniciativas e apoio da gestão as mudanças imprescindíveis ao alcance de melhores resultados.

**Descritores:** Cultura organizacional; Gestão da segurança; Maternidades; Organizações em saúde; Segurança do paciente

**Abstract:** **Objective:** assess the culture of patient safety from the perspective of a multiprofessional maternity team.

**Method:** transversal, quantitative study, through the questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. 62 professionals from a hospital in Rio Grande do Sul participated. The data was analyzed by descriptive statistics.

**Results:** the team did not identify areas of positive force; two dimensions were neutral, organizational learning and continuous improvement (59,5%); expectation and supervisor action (51,1%). The ten remaining showed potential to improve, being that non-punitive responses to errors (15,5%) and support from management (29,6%) obtained the lowest scores. The majority of professionals did not relate events in twelve months (80,6%) and assessed the degree of patient safety as regular (59,7%). **Conclusion:** the maternity has a culture of patient safety that is vulnerable, punitive, with weak adherence to notifications, requiring greater initiatives and support from management for essential changes to reach better results.

**Descriptors:** Organizational culture; Safety management; Maternity; Health organizations; Patient safety

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil. Universidade Franciscana. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: rrsstfx@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3130-6929>

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia. Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil. Universidade Franciscana. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: nadifilippin@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3140-2486>

**Resumen: Objetivo:** evaluar la cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo multiprofesional de la maternidad. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, por medio del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Participaron 62 profesionales de uno hospital del Rio Grande del Sur. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** el equipo no identifico área de fuerza positiva; dos dimensiones fueron neutras, aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo (59,5%), expectativa y acciones de los supervisores (51,1%). Las diez restantes presentan potencial para mejorar, siendo que respuestas no punitivas de los errores (15,5%) y apoyo de la gestión (29,6%) obtuvieron las mejores puntuaciones. La mayoría de los profesionales no relataron eventos em 12 meses (80,6%) y evaluaron el grado de seguridad del paciente como regular (59,7%). **Conclusión:** la maternidad posee una cultura de seguridad del paciente vulnerable, punitiva, con débil adhesión a las notificaciones, requiriendo mayores iniciativas y apoyo de gestión a los cambios imprescindibles a el alcance de mejores resultados.

**Descriptores:** Cultura organizacional; Administración de la Seguridad; Maternidades; Organizaciones en salud; Seguridad del paciente

## Introdução

A preocupação com a segurança do paciente (SP) consolida-se a cada ano como essencial à oferta de serviços de saúde seguros e indissociável de uma cultura organizacional que vise o fortalecimento das proposições desenvolvidas na instituição em prol dos melhores resultados. Estes objetivos serão alcançados incentivando as melhores práticas, promovendo o aprendizado organizacional, implementando as mudanças necessárias, comprometendo a gestão e equipes as ações pretendidas, visando à qualidade da assistência.<sup>1</sup> Os assuntos mobilizam diversos colaboradores em virtude de sua magnitude, maior complexidade dos cuidados, resultados de pesquisas, êxito na formação de redes, todos empenhados na redução dos riscos assistenciais, disseminação e sedimentação da cultura de segurança dos pacientes (CSP).<sup>1-2</sup>

Neste sentido, as estratégias nacionais elencadas foram ao encontro das mundiais para promover, garantir e alcançar o mínimo aceitável de incidentes que exponham pacientes nas organizações de saúde.<sup>3</sup> Destaca-se a promoção da CSP, a qual condiz com as atitudes, valores, competências, padrões de comportamento individuais e de grupo que identificam o comprometimento da gestão com a segurança.<sup>1</sup> A referida CSP, após compreendida e sua essência incorporada por todos, encoraja a notificação e a solução dos problemas baseados em falhas do sistema, por meio de um modelo não punitivo que promova o aprendizado

organizacional por meio da análise e correções dos processos, sendo centrada no paciente e, em uma assistência interprofissional, colaborativa e interdependente.<sup>1,3</sup>

Na perspectiva da área materno infantil, direta e indiretamente ocorreram boas influências como a redução de falhas no acesso, cobertura, qualidade, continuidade da assistência, disponibilidade de insumos, recursos humanos necessários, equipe treinada, entre outras. A exemplo, tivemos os objetivos do milênio que instigou países a (re) formularem suas políticas e programas para alcançarem metas, entre elas, melhorias assistenciais à saúde da mulher, influenciando na redução dos óbitos, muitos em decorrência destas falhas. As práticas implementadas possibilitaram avanços na atenção à saúde com consequente redução da mortalidade materna, o que pode ser observado no relatório de tendências da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apresentou valores em declínio do ano de 2000 a 2017, respectivamente de 451 mil mortes maternas para 295 mil, sendo que a região Latino-Americana e Caribe passou de 11 mil para 7.700 óbitos.<sup>4</sup>

Reconhece-se que ações foram realizadas para melhorar este panorama, mas outras precisarão ser efetivadas porque estas mortes podem representar somente a ponta do *iceberg*, sendo essencial conhecer a real magnitude do problema. Dentre as possibilidades, teríamos a diminuição das desigualdades assistenciais, seja por intervenções gerais e/ou específicas como a não precarização da saúde; a existência de diferentes modelos de atuação das maternidades; a efetivação das práticas baseadas em evidência; a organização, implementação e revisão de manuais e protocolos, o treinamento contínuo das equipes com metodologias atuais, a redução dos vazios assistenciais que contribuem na superlotação dos serviços, a tomada de decisões compartilhadas, a instrumentalização dos gestores, a análise dos processos de trabalho, a gestão dos riscos, o conhecimento e disseminação da CSP,<sup>1</sup> entre outros. Enfim, a implementação e manutenção dos padrões de qualidade nos serviços precisam promover a maternidade segura como uma das prioridades de saúde no mundo.<sup>5</sup>

Além disso, as identificações oportunas de fatores desfavoráveis, a exemplo, as condições clínicas preexistentes e/ou as doenças obstétricas da gravidez atual são fundamentais para distinguir uma gestação de risco habitual a de alto risco, alertando e subsidiando a equipe de saúde à tomada de decisões. Visto a singularidade deste momento em que expectativas e vivências podem divergir, uma falta de atenção poderá repercutir na qualidade de vida das mulheres, filhos e familiares. Além disso, também poderão surgir modificações repentinas do período gravídico-puerperal com a necessidade de acesso a uma ampla rede de profissionais e serviços bem estruturados; o que muitas vezes acaba expondo as fragilidades das instituições.<sup>3,5</sup>

Para minimizar estas exposições e alcançar melhores resultados serão necessárias adequações a partir da transformação do ambiente de trabalho, análise dos processos, intervenções adequadas e atuais, mudanças de atitudes, treinamento das equipes, superação das barreiras e frustrações.<sup>3,5-6</sup> Ademais, crises econômicas, ambientais e epidemiológicas impactam nas limitações dos recursos financeiros, materiais e humanos, desafiando gestores e prestadores de serviço a planejarem melhor seus orçamentos sem comprometerem a qualidade da assistência.<sup>6</sup> Enfim, as organizações de saúde podem implementar melhorias visando a promoção da SP com diminuição significativa dos eventos indesejáveis.<sup>1,3</sup>

Diante do exposto, faz-se necessário conhecer a CSP existente porque configuram-se como estratégias relevantes no conhecimento do diagnóstico situacional, identificando áreas que necessitam maiores esforços, mantendo o foco na qualidade dos cuidados, beneficiando pacientes e toda equipe.<sup>1,3,7</sup> Visto que em 2015 ocorreram, no Brasil, 583 incidentes relacionados ao parto e puerpério e, mais de mil notificações envolvendo recém-nascidos nas instituições de saúde,<sup>7</sup> vislumbrando a fragilidade e relevância destes. Portanto, a avaliação em um setor específico está prevista e, em se tratando da maternidade disponibiliza informações relevantes aos gestores para melhorarem a assistência materno infantil por meio de protocolos atualizados, treinamentos periódicos, sistemas de notificações e monitoramento de eventos, entre outros.

Dessa forma questiona-se: Como é a cultura de segurança do paciente vigente na maternidade? Sendo assim, esta pesquisa objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional da maternidade.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, mediante análise quantitativa, desenvolvido na Maternidade de um hospital de ensino, referência a alta complexidade, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, a uma população com mais de 1,2 milhões de habitantes da macrorregião, localizado no Rio Grande do Sul (RS), Brasil. O hospital disponibiliza 403 leitos de internação dos quais 31 pertencem a referida unidade para o atendimento de gestantes e puérperas. Além disso, possui o Setor de Vigilância em Saúde e SP ao qual faz parte o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A assistência prestada na Maternidade, ocorre por meio de uma equipe multiprofissional, constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos obstetra e pediatra, psicóloga, assistente social, residentes multiprofissionais, da obstetrícia e pediatria.

A equipe multiprofissional estava composta por 76 profissionais, de ambos os sexos. Destes, 62 participaram do estudo. Os critérios de inclusão foram: profissionais com atividades diretas com as pacientes, que exercessem sua função há pelo menos quatro semanas no setor (devido ao período de adaptação de novos servidores e residentes); com no mínimo seis horas semanais (por existirem escalas fracionadas); incluindo concursados, contratados e residentes do primeiro ano da obstetrícia, pediatria e da multiprofissional. Foram excluídos profissionais afastados por licença saúde de qualquer natureza, maternidade ou interesse; em férias, plantonistas e residentes com escala em outro setor. Foi realizado o cálculo amostral, em que, considerando um nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ) e uma margem de erro máximo de 5%, obteve-se um número amostral de 59 participantes.

O convite à participação voluntária ocorreu no horário do exercício profissional. Após o aceite verbal, os profissionais foram orientados sobre o objetivo da pesquisa, necessidade de leitura e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como receberam instruções para o preenchimento do questionário e sua entrega ao final do turno. Houve uma perda amostral de seis profissionais por não retornarem o instrumento para a pesquisadora, sendo que os demais não preencheram os critérios de inclusão. Não ocorreram recusas para participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período entre maio e junho de 2016, mediante o instrumento autoaplicável *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), validado para a versão brasileira.<sup>8</sup> Ele dispõe de dados sociodemográficos e de CSP a partir de 12 dimensões: apoio da gestão; trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; transferências internas e passagens de plantão; expectativas e ações dos supervisores/gerentes; aprendizado organizacional e melhoria contínua; trabalho em equipe na unidade; abertura para comunicações; feedback e comunicação a respeito de erros; pessoal; respostas não punitivas aos erros; percepção geral de segurança do paciente; frequência de eventos informados e, outras duas variáveis a respeito do grau de SP e número de eventos comunicados nos últimos 12 meses.

As respostas caracterizaram valores atribuídos em uma escala *Likert* de cinco pontos, com graus de concordância, neutras ou discordância e, de frequência. As respostas positivas corresponderam às opções concordo, concordo totalmente, quase sempre e sempre; as neutras não concordo nem discordo e às vezes; as negativas discordo, discordo totalmente, nunca e raramente. Em relação as questões reversas (formuladas de forma negativa), estas foram codificadas inversamente antes da análise.

Os dados do questionário HSOPSC foram transcritos para a planilha do programa *Excel*<sup>®</sup> *for Windows*<sup>®</sup> com posterior exportação para o programa da *International Business Machines* (IBM) *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados

sociodemográficos foram analisados por meio de frequências relativas e absolutas, enquanto que as demais por meio de frequências relativas de cada dimensão e em áreas de forças positivas (acima de 75%), neutras (entre 50 a 75%) e as com potencial de melhorias para a SP (abaixo de 50%), para cada categoria.

O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação do grau de SP e os eventos notificados com as categorias profissionais. Considerou-se um nível de significância 5%. A fim de melhorar a interpretação, ocorreu a categorização dos dados em dois grupos: enfermagem (enfermeiros; técnicos e auxiliares de enfermagem); outros (residentes do primeiro ano de obstetrícia, pediatria e da multiprofissional; médicos obstetras e pediatras, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo) sendo o total, a equipe.

O projeto de pesquisa seguiu os preceitos éticos exigidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; obteve autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital em 30/03/2016; aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana com parecer número 1.506.961 em 19/04/2016.

## **Resultados**

O perfil sociodemográfico da equipe caracterizou-se predominantemente do sexo feminino (93,5%), pertencerem a faixa etária dos 30 a 39 anos (43,6%). Em relação aos dados laborais, a enfermagem representou o maior quantitativo profissional (62,9%) e a equipe destacou-se por possuírem pós-graduação em sua maioria (58%), serem jovens no exercício profissional (38,7%), no tempo de trabalho na maternidade (74,2%) e na instituição (61,3%) considerando o período de até 5 anos, além de exercerem a carga horária semanal de até 39 horas (67,8%), exceto os residentes com 60 horas semanais. Em relação a perda amostral ela aproximou-se de 8%, sendo maior nos residentes da pediatria (67%).

Nas dimensões do HSOPSC não foram encontrados resultados com frequência que identificasse áreas de forças positivas (acima de 75%), somente como neutras (50 a 75%) e com potencial de melhorias (abaixo de 50%). A Tabela 1 apresenta todas as dimensões avaliadas nas categorias elegíveis e para a equipe multiprofissional.

**Tabela 1-** Frequência de respostas positivas dos profissionais da Maternidade, nas 12 dimensões do HSOPSC. RS, Brasil, 2016. (n=62)

Dimensões	Enfermagem	Outros*	Total <sup>†</sup>
	n=39 %	n=23 %	n=62 %
<b>Unidade de trabalho</b>			
Expectativas e ações dos supervisores	57,1	45,1	51,1
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	56,8	62,3	59,5
Trabalho em equipe na unidade	39,5	55,4	47,5
Abertura para comunicação	45,3	50,7	48,0
Feedback/comunicação erros	31,1	33,7	32,4
Pessoal	47,9	42,4	45,2
Respostas não punitivas	14,7	16,2	15,5
<b>Organização hospitalar</b>			
Apoio da gestão	32,7	26,5	29,6
Trabalho em equipe entre as unidades	26,5	41,7	34,1
Transferências e passagens de plantão	48,1	36,9	42,5
<b>Variáveis de resultado</b>			
Percepção da segurança do paciente	31,8	42,5	37,2
Frequência de eventos relatados	22,2	40,6	31,4

**Fonte:** dados da pesquisa, 2016. \* Outros: fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, obstetra, pediatra, psicólogo e residentes. <sup>†</sup>Resultados de toda a equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional da maternidade não apresentou nenhuma área de força positiva, mas duas dimensões caracterizaram-se como área neutra (16,7%), correspondendo ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, expectativa e ações dos supervisores. As avaliações com potencial de melhorias totalizaram dez, sendo que as mais baixas foram relacionadas às respostas não punitivas aos erros com 15,5% e, apoio da gestão com 29,6%; caracterizando que a maioria das dimensões tem potencial de melhorias (83,3%).

Observa-se, na Tabela 2, os percentuais atribuídos à classificação do nível de SP na unidade e o número de notificações preenchidos nos últimos 12 meses, na categoria da enfermagem, outros profissionais e da equipe multiprofissional.

**Tabela 2-** Frequência do grau de segurança do paciente e eventos notificados em 12 meses na Maternidade, segundo HSOPSC. RS, Brasil, 2016. (n=62)

Avaliações	Enfermagem	Outros*	Total <sup>†</sup>
	n=39 %	n=23 %	n=62 %
<b>Grau de segurança</b>			
Excelente	-	8,7	3,2
Muito Boa	33,3	39,1	35,5
Regular	64,1	52,2	59,7
Ruim	2,6	-	1,6
<b>Eventos notificados nos últimos 12 meses</b>			
Nenhuma notificação	76,8	86,9	80,6
De 1 a 2 notificações	10,3	8,7	9,7
De 3 a 5 notificações	10,3	-	6,5
De 6 a 10 notificações	-	-	-
De 11 a 20 notificações	2,6	-	1,6
Mais 21 notificações	-	4,4	1,6

**Fonte:** dados da pesquisa, 2016. \*Outros: fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, obstetra, pediatra, psicólogo e residentes. <sup>†</sup>Resultados de toda a equipe multiprofissional

A classificação do grau de SP que prevaleceu na equipe multiprofissional foi a regular com quase 60%. Em relação aos eventos relatados, cerca de 80% dos profissionais não realizaram nenhuma notificação. Não foram observadas associações significativas entre o grau de SP e os eventos notificados com as categorias ( $p = 0,22$  e  $p = 0,30$ , respectivamente).

## Discussão

A avaliação da equipe multiprofissional em relação a CSP na maternidade identificou que todas as dimensões necessitam aprimoramento pela ausência de avaliações positivas. Nas dimensões classificadas como neutras, ocorreu destaque ao aprendizado organizacional e

melhoria contínua em ambas categorias, demonstrando que a equipe está sensível às propostas. A maioria apresenta potencial para melhorar, sendo que os resultados mais inferiores corresponderam a respostas não punitivas aos erros e apoio da gestão.

Sobre a dimensão aprendizado organizacional, ela se relaciona à eficácia das ações implementadas após a ocorrência dos erros. Em relação a isto, infere-se que a equipe identificou as estratégias utilizadas pela instituição para o fortalecimento da cultura organizacional, implementando correções na constatação dos desvios, revisando os documentos e processos de trabalho, além de construir manuais de gerenciamento das unidades e ampliar os protocolos assistenciais e de serviço. Alguns estudos nacionais realizados em uma Unidade de Tratamento Intensivo e em um hospital de grande porte, encontraram valores inferiores,<sup>9-10</sup> mas outro realizado na China obteve expressivo resultado positivo,<sup>11</sup> constatando que há mais ações a serem realizadas e que estas necessitam ser reavaliadas.

Ainda na mesma área, a dimensão expectativa e ações do supervisor/gerente apresentou boa avaliação, colaborando na reciprocidade entre gerente e equipe de saúde, para as sugestões e questionamentos em prol da SP. Vale refletir que houve divergências entre as categorias, talvez por lacunas na comunicação e não priorização do assunto SP em suas discussões. Diante disso, percebe-se que há possibilidades de serem atingidos resultados mais exitosos por meio de objetivos comuns, compartilhamento de informações, busca de melhorias, desenvolvimento das habilidades de liderança e comunicação.<sup>11</sup> Em relação a liderança, há a necessidade que ela mobilize e incentive permanentemente a equipe aos processos de trabalho mais seguros.<sup>9-10</sup>

As demais dimensões avaliadas pela equipe obtiveram resultados na área com potencial de melhorar. Sendo assim, a abertura para comunicação pode ser entendida como a liberdade dos profissionais em realizarem questionamentos e/ou elucidarem dúvidas com os demais colegas, independentemente da hierarquia, motivados a garantirem cuidados seguros e a identificarem falhas antes que evoluam para um incidente. Nesta perspectiva, outras estratégias

precisarão ser incentivadas na busca de uma comunicação horizontal, esclarecedora, concisa e eficiente para obtenção de resultados mais exitosos.<sup>11-12</sup>

Percebe-se que trabalho em equipe na unidade, o qual se relaciona com a cooperação entre os profissionais e o número suficiente destes para o cuidado seguro, mostrou-se com valores menores na categoria enfermagem. Pode-se inferir que a pouca colaboração entre os membros da equipe pode estar relacionada a fatores como problemas de comunicação, estrutura organizacional, discordâncias, carência de recursos, desvalorização do trabalho do colega, desmotivação, insegurança, individualidade, falta de empatia. A fim de melhorar esta situação, as lideranças poderão utilizar estratégias da gestão de conflitos para harmonizar a equipe, promovendo o comprometimento e cooperação, oportunizando mudanças positivas em âmbito pessoal e organizacional, com efeitos positivos.<sup>13</sup>

Diante do exposto, a diversidade de resultados preocupa, todavia serve de estímulo a busca de índices melhores entre as categorias. Portanto, institucionalmente ações precisarão serem implementadas para os profissionais desenvolverem práticas colaborativas que otimizem habilidades individuais, ampliem o conhecimento e a capacidade da assistência, proporcionando resultados satisfatórios na equipe.<sup>14</sup>

Com relação a dimensão pessoal, esse refere-se ao número suficiente de profissionais para o cuidado seguro. Os resultados das categorias consideraram o quantitativo insuficiente de profissionais, fato que pode ser confirmado, em parte, com a realização de muitas horas extras, tornando-se um fator que desafia a SP.<sup>9</sup> Porém, dispõem-se de ferramentas úteis ao dimensionamento profissional, seguindo a legislação, influenciando positivamente as práticas seguras sendo que a sua inobservância aumenta os riscos para pacientes e profissionais.<sup>15</sup>

Sobre a dimensão transferências internas e passagens de plantão, ela relaciona-se a pouca valorização das informações transmitidas em dois momentos, seja na transferência entre os pontos de assistência, seja entre os turnos da unidade. Os resultados refletem a baixa qualidade

da comunicação, repercutindo em riscos pela descontinuidade de algum cuidado, havendo necessidade de treinamentos e protocolos específicos.<sup>16</sup> O desenvolvimento de *checklist* para as transferências intersetoriais e o resgate das passagens de plantões objetivas e relevantes devem ser refletidas na equipe. Vários estudos<sup>9-10,17-18</sup> encontraram resultados semelhantes, demonstrando preocupações no repasse das informações, havendo a necessidade de intervenções urgentes com a atuação da educação permanente da instituição.<sup>19</sup>

Frente à percepção geral de SP, a qual envolve os processos de trabalho institucional na prevenção efetiva dos erros, este resultado encontra-se baixo em todas as categorias, corroborando a outros estudos.<sup>9-10,18,20-21</sup> Diante dos achados, estratégias devem ser implementadas, disseminadas e discutidas com os profissionais para favorecerem as ações de prevenção à ocorrência de erros, com responsabilidade, compromisso na continuidade da assistência e comunicação aberta, colaborando na percepção geral da SP.<sup>18</sup>

Percebe-se que as dimensões trabalho em equipe entre as unidades, *feedback*/ comunicação de erros e, frequência de eventos relatados ficaram com resultados próximos. Essas dimensões dizem respeito, à colaboração dos setores na oferta do cuidado seguro, à informação dos incidentes e retorno das ações implementadas e, se os erros identificados antes de atingir o paciente são relatados. Os baixos percentuais encontrados comprometem a CSP, pois abrangem responsabilidade coletiva, colaboração e comunicação interprofissional, avaliação dos processos inseguros de trabalho, fundamentais à qualidade pretendida.<sup>9,18</sup>

Cabe salientar que as falhas do trabalho em equipe entre as unidades e na comunicação contribuem com a desagregação do serviço, a ocorrência de erros, bem como, repercutem em resultados pouco satisfatórios.<sup>18</sup> Melhores resultados podem ser obtidos inteirando-se das atividades de outras unidades, construindo fluxos devolutivos das ações executadas, apresentando relatórios nas reuniões de equipe, utilizando murais, assim como, estimulando o registro das intercorrências nos sistemas disponíveis nas instituições.

A dimensão apoio da gestão relaciona-se com a promoção da SP como prioridade pela gerência hospitalar e encontra-se com baixa avaliação das categorias e equipe da maternidade. O resultado encontra-se em conformidade com outros estudos<sup>9-10,18</sup> que atribuíram o pouco comprometimento da gestão. Diante desses resultados, as organizações hospitalares precisam obter maior apoio dos gestores as questões de SP, valorizando e integrando-se sobre o assunto, estimulando e priorizando estratégias que promovam a CSP na instituição.<sup>20-21</sup>

Ressalta-se que a dimensão das respostas não punitivas aos erros, quando estes são relatados pelos profissionais, foi o escore que recebeu a pior avaliação. O resultado é preocupante pois estes profissionais desempenham suas atividades na linha de frente, representam uma das últimas barreiras para evitar os erros. Tanto estudos nacionais<sup>9,18,22</sup> e internacionais<sup>12,17,23</sup> encontraram valores baixos, mas um asiático identificou essa dimensão na área neutra.<sup>11</sup> A constatação deste panorama punitivo desestimula a notificação dos erros, não fornece informações relevantes, dificultando a análise das causas, impedindo ou atrasando a implementação de estratégias para evitar novas falhas, comprometendo a SP na instituição.

No que se refere a variável de eventos relatados, constatou-se ausência na realização de relatórios por mais de 80% da equipe multiprofissional. Resultados semelhantes foram encontrados em outros hospitais, sugerindo uma cultura frágil, punitiva, com baixa resolutividade pela falta de conhecimento das situações.<sup>10,17-18</sup> As notificações dos incidentes precisam ser encorajadas, pois falhas sistêmicas existem, precisam ser monitoradas, discutidas na equipe, possibilitando um diagnóstico situacional e promovendo uma mudança de paradigma da cultura de punição para a de aprendizagem com os erros.<sup>7,18</sup>

Mediante a análise desta variável por categorias, a enfermagem sobressaiu-se um pouco nas notificações, o que pode ser atribuído a fatores como acesso aos colaboradores, maior permanência na unidade e na realização dos cuidados. Contudo, os profissionais da medicina não realizaram notificações (dado não apresentado), fato preocupante, pois neste grupo temos os

que definem diagnósticos, tratamentos, prescrevem medicações ou realizam cirurgias. Sobre isso, tem-se dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Boletim de SP, no qual quase 30 mil incidentes ocorreram na fase assistencial de prestação de cuidados envolvendo falhas no diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica, sinalizando a pouca adesão dos profissionais aos relatos.<sup>7</sup>

Em associação aos dados dos eventos relatados e das respostas não punitivas aos erros, podemos inferir que entre os profissionais prevalece a cultura de não relatar para não serem punidos. Os resultados supracitados demonstraram a existência de subnotificação na maternidade, indo ao encontro dos relatórios apresentados pela ANVISA, de que mais de 50% das instituições de saúde brasileiras não constituíram seus NSP e, dos existentes 33% enviaram notificações em 2015.<sup>7</sup> Tais constatações são alarmantes pois as instituições precisam (re)conhecer suas falhas para corrigi-las e assim aprimorarem seus processos de trabalho.

Com relação à qualidade da SP na maternidade, prevaleceu a classificação regular, indicando que os profissionais estão cientes da situação e sensíveis a expandirem seus conhecimentos afim de colaborarem com avanços imprescindíveis para a qualidade da assistência oferecida.<sup>15,18,20</sup> Além disso, gestores e líderes necessitam comprometer-se em instituir condições favoráveis para o desenvolvimento de práticas seguras na instituição, com transparência e responsabilidade para beneficiar a percepção da SP.

## **Conclusão**

Os resultados encontrados não identificaram áreas de forças positivas na perspectiva da equipe multiprofissional da maternidade, indicando que todas as dimensões têm potencial de melhorar. Conclui-se com o conhecimento produzido uma vulnerabilidade da CSP, a persistência do caráter punitivo, com fraca adesão às notificações, com a não priorização da SP. Há a necessidade de mais empenho, iniciativas e comprometimento dos gestores e profissionais

nas dimensões avaliadas, com destaque às respostas não punitivas aos erros e apoio da gestão pelos baixos escores apresentados. O aprendizado organizacional e melhoria contínua e, expectativas e ações dos supervisores sinalizaram que a equipe pode evoluir para resultados mais exitosos mediante análise e intervenções específicas.

As mudanças organizacionais são de caráter urgente, imprescindíveis ao alcance de melhores resultados, priorizando o assunto, subsidiando discussões, transformando o ambiente assistencial em colaborativo, qualificado, humanizado, comprometido e resolutivo em prol da maternidade segura, mediante efetivação da CSP. Ademais, os resultados poderão ser úteis ao planejamento de ações, otimizando-as, melhorando a gestão e a qualidade dos serviços bem como no comprometimento de todos, a fim de aumentar a SP na instituição.

Citam-se dentre as limitações a inexistência de estudos anteriores com o uso deste questionário na maternidade, a pontualidade do inquérito, a não realização de análises concomitantes, o que dificultou as comparações. Entretanto, acredita-se que seus dados venham subsidiar instâncias gestoras nas decisões futuras em prol do fortalecimento da CSP. Sugere-se outros estudos associando as abordagens metodológicas, ampliando o conhecimento sobre as forças e barreiras à promoção da SP na maternidade.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
2. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2015 jul-set [acesso em 2016 set 02];24(3):906-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf)
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília: ANVISA; 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>

[index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade](http://index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade)

4. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. Simms RA, Yelland A, Ping H, Beringer AJ, Draycott TJ, Fox R. Using data and quality monitoring to enhance maternity outcomes: a qualitative study of risk managers' perspectives. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 set 10]; 23: 457-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24319101>
6. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 out 21];16(16). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714454/>
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde –incidentes relacionados à assistência à saúde – 2015. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2016. Disponível em: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes?task=callelement&format=raw&item\\_id=547&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args\[0\]=33cfd5ea1f705330f93c4d430ddcf36](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes?task=callelement&format=raw&item_id=547&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args[0]=33cfd5ea1f705330f93c4d430ddcf36)
8. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 set 30];32(11):e00115614. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=en) doi: 10.1590/0102-311x00115614
9. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 out 26];25(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en)
10. Silva ACAB, Rosa DOS. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 14];21:01-10. Disponível em: <http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45583/pdf>
11. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 dez 29]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23800307>
12. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith SA: Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 user comparative database report. Rockville (USA): Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospurv121.pdf>
13. Teixeira NL, Silva MM, Draganov PB. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 18];73(18). Disponível em:

<http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/138>

14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2010 [acesso em 2016 dez 30]. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf)

15. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 03];49(1):104-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=en&tlng=en)

16. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 jan 08];25(1):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>

17. Günes ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 jan 08];23(2):225-32. Disponível em: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S132276961500013X>

18. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 set 30];26:e3014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

19. Pinheiro MP, Silva Junior OC. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 out 01];16(45):309-52. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00309.pdf>

20. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 01];40(N Esp):e20180198. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200411&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&tlng=pt)

21. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 01];50(5):756-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500756](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756)

22. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2014 dez 18];24(1):161-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00161.pdf>

23. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 30];14:122-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>

### **Autor correspondente**

Roselaine dos Santos Félix

E-mail: [rsstfx@yahoo.com.br](mailto:rsstfx@yahoo.com.br)

Endereço: Rua Agrimensor João Alves dos Santos, 165, Camobi, Santa Maria, RS, Brasil.

CEP: 97110-833

### **Contribuições de Autoria**

#### **1 – Roselaine dos Santos Félix**

Concepção e construção do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

#### **2 – Nadiesca Taisa Filippin**

Concepção e orientação ao projeto; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

### **Como citar este artigo**

Félix RS, Filippin NT. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e73: 1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769240280>