

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS- UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM- EENF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

José Augustinho Mendes Santos

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO  
RISCO DE UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Maceió-AL

2021

José Augustinho Mendes Santos

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO  
RISCO DE UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem no Cuidado em Saúde e na Promoção da Vida.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o Cuidado.

**Orientadora:** Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Maceió-AL

2021

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecário: Cláudio César Temóteo Galvino – CRB4/1459

- S237c Santos, José Augustinho Mendes.  
Cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco de um estado da região nordeste do Brasil / José Augustinho Mendes Santos. – 2021.  
104 f.: il.
- Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem. Maceió, 2021,
- Bibliografia: f. 80-90.  
Anexos: f. 91-103.
1. Cultura organizacional. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Maternidade.  
4. Segurança do paciente. 5. Enfermagem. I. Título.

CDU: 614.89

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO DE UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Dissertação apresentada por José Augustinho Mendes Santos ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Maceió-AL, 17 de dezembro de 2021.

#### BANCA EXAMINADORA:

*Amuzza Aylla Pereira dos Santos*

Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos – Orientadora (Presidente)  
Universidade Federal de Alagoas-UFAL

*Mari Ângela Gaedke*

Profa. Dra. Mari Ângela Gaedke – Avaliadora Externa  
Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC

Documento assinado digitalmente



THAIS HONORIO LINS BERNARDO  
Data: 05/01/2022 17:49:39-0300  
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profa. Dra. Thaís Honório Lins Bernardo – Avaliadora Interna  
Universidade Federal de Alagoas- UFAL

Maceió-AL

2021

Dedico este trabalho às gestantes, puérperas, e recém-nascidos que foram atendidos nas maternidades, cenários deste estudo, bem como aos profissionais participantes do estudo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, pelo dom da vida e pelo ar que eu respiro, o qual foi tão valorizado nos últimos dois anos, pois em meio a uma pandemia, me deu forças e coragem para que, além de estar cursando o mestrado, cuidar das pessoas nessa nova “peste”, a qual ceifou milhares de vidas.

Agradeço a minha mãe Margarida, meu incentivo diário para nunca desistir dos meus objetivos e metas. Gratidão por tudo, inclusive pelo lanchinho da manhã e da tarde nos dias em que eu parava em frente ao notebook, “sentado na mesa da cozinha” e passava horas e horas estudando e você vinha e falava: meu filho, coma pelo menos alguma coisa.

Agradeço ao meu pai, fonte de muita paciência. Gratidão por cada palavra amiga e por me levar nos corres da vida para que eu pudesse alcançar meus objetivos. O senhor sempre acreditou que a educação é o melhor caminho.

Agradeço a minha irmã Carine, por todo amor, que embora eu não saiba demonstrar, mas a amo incondicionalmente. Gratidão pela parceria, principalmente no ano de 2020, ano este tão turbulento e cheio de experiências boas e ruins.

Agradeço a minha Orientadora, Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos. Gratidão a Deus e ao Universo por tê-la em minha vida acadêmica e pessoal. A sua forma de orientar, de ser amiga e até de puxar nas orelhas é muito diferenciada.. rsrs. Você é o verdadeiro exemplo do ser docente e pesquisador. Nossa ligação certamente será além dos 5 anos que o mestrado nos obriga a passar no tocante a produção científica.

Agradeço aos funcionários dos cenários de estudo, por todo companheirismo, participação na pesquisa, acolhimento em suas unidades, pelos lanches altas horas das noites, pelas palavras de incentivo e principalmente por correrem junto comigo incentivando outros profissionais a participarem do estudo.

Agradeço a banca avaliadora, Profa. Dra. Thaís Honório e a Profa. Dra. Mari Ângela Gaedke, pelo tempo dispensado na avaliação crítica desta pesquisa, no intuito de melhorar a mesma e entregar um bom produto a sociedade e em especial a sociedade alagoana.

Agradeço a banca avaliadora suplente, Profa. Dra. Janine Koepp e o Prof. Dr. Andrey Ferreira da Silva pelo tempo dispensado na avaliação crítica desta pesquisa e se colocarem a disposição.

Agradeço a Prof. Dra. Ruthe Cizino, pelos ensinamentos necessários para as análises estatísticas realizadas nesta pesquisa. Gratidão!

Agradeço as minhas amigas, Fernanda Iochims, Milena Reuter, Lay, Zayne, Klaryssa, Sarah, Denise e Kemberly, por todo companheirismo e momentos vividos.

Agradeço aos meus colegas de turma, Amanda Cunha, Ana Flávia, Anna Ferro, Carlos Lins, Davi Porfírio, Deborah Moura, Diana Vilela, Eli Borges, Fabianny Torres, Hallana Dantas, Marcela Guimarães e Silvia Alves, por todo coleguismo, amizade, companheirismo, gargalhadas e por todos os desabafos. Por mais distantes que estivéssemos fisicamente, devido as condições impostas pela pandemia da COVID-19, todos sabiam que podiam contar um com o outro. Gratidão a 10ª turma do PPGENF da EENF-UFAL.

As docentes do PPGENF da EENF-UFAL, por todo incentivo, palavra amiga, orientações, ensinamentos e vivências. Vocês foram exemplos de profissionais que devemos ser caso algum dia estivermos em sala de aula, contribuindo para formação de outros enfermeiros e até mesmo de outros profissionais de saúde. Gratidão à todas!

A secretária do PPGENF da EENF-UFAL, Monique Godoy, sorte dos programas se tivessem uma profissional exemplar como você. Gratidão por todo apoio e cobranças de prazos. Certamente você é essencial no programa.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa disponibilizada para que fosse possível a realização desta pesquisa. Bolsa esta, que muitos mestrandos e doutorandos não tiveram a oportunidade de ter e tiveram que deixar de lado, embora que momentâneo a oportunidade de ser Mestre ou Doutor, devido aos cortes da educação realizado pelo desgoverno do atual presidente do Brasil, que aqui, não vale citar o nome. #ELENÃO!

Por fim, agradeço ao Augustinho criança, ao Augustinho adolescente e aquele Augustinho quando estava com 22 anos, no término do curso de graduação, por nunca desistir dos seus objetivos e metas, por mais sofrida que seja a vida, pois como já dizia Michel Foucault...É PRECISO CONTINUAR.

Como serei lembrada? Talvez como uma pessoa que, contrariando os “não” da vida, fez por onde para que seus sonhos fossem, sim, possíveis”.

Marília Mendonça

SANTOS, J. A. M. **Cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco de um estado da região nordeste do Brasil**. 2021. 104f. Dissertação (Mestrado). Maceió: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas; 2021.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A gravidez e o nascimento, em grande maioria, ocorrem sem intercorrências, porém em muitos casos podem surgir complicações que podem estar relacionadas à assistência oferecida, seja em relação à estrutura dos locais de nascimento, assim como em decorrência de erros no processo de trabalho e que podem acarretar eventos adversos. Percebe-se que ainda existem muitos desafios a serem superados e, conseqüentemente, são necessárias intervenções imediatas para tornar o cuidado mais seguro. Antes disso, é importante avaliar a cultura de segurança para que os profissionais sejam sensibilizados da importância de promover a Segurança do Paciente. **OBJETIVO:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco de um Estado da região Nordeste do Brasil. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa do tipo Survey, realizado em duas maternidades de alto risco de um estado da região nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2020 a abril de 2021, por meio do instrumento “*Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais*”, que além de avaliar o perfil dos profissionais, possui 42 itens divididos em 12 dimensões que avalia a Cultura de Segurança do Paciente (CSP). Após coleta, os dados foram validados e analisados através da estatística descritivas por meio do Software JASP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 318 profissionais, sendo a maioria do sexo feminino, com média de idade de 41,7 anos, que possuem pós-graduação a nível de especialização e em sua maioria fazem parte da equipe de enfermagem e com uma média de tempo de trabalho na profissão, de 14,5 anos. Quanto ao tempo de trabalho no hospital/maternidade, observou-se que os maiores percentuais concentraram-se entre 16 a 20 anos e 1 a 5 anos, além disso, no que tange ao tempo de trabalho na atual área os percentuais concentraram-se também nos intervalos citados anteriormente. A carga horária de trabalho dos profissionais predominantemente foi de 20 a 39 horas por semana. Em relação as dimensões da CSP, nenhuma dimensão foi avaliada como forte para a CSP. Destaca-se as dimensões que foram avaliadas com os maiores percentuais de respostas positivas, no entanto, sendo consideradas neutras, a saber: expectativas e ações do supervisor para segurança do paciente, trabalho em equipe na unidade, aprendizado organizacional-melhoria contínua e abertura para as comunicações. As outras oito dimensões foram consideradas como frágeis para a CSP. Ao avaliar o número de notificação de EA realizada nos últimos 12 meses pelos profissionais observou-se que 77,3% não realizou nenhuma notificação. No que tange a nota de segurança do paciente atribuída a unidade de trabalho, 49,0% percebem a segurança como regular. **CONCLUSÃO:** Observam-se vários pontos frágeis para a CSP, o que urge a necessidade de uma análise reflexiva por parte dos profissionais e gestores sobre a qualidade do cuidado prestado. Se faz necessário melhorias nas 12 dimensões da CSP, em especial no que se refere as respostas não punitivas aos erros, pois se os profissionais acreditarem que serão penalizados pelos erros e EA cometidos, os mesmos acabarão negligenciando as notificações. Destaca-se que faz importante o empenho de todos para transformar esta cultura de culpa em uma cultura justa, que estabelece equilíbrio entre a responsabilidade do profissional e da organização.

**Descritores:** Cultura organizacional; Equipe de assistência ao paciente; Maternidade; Segurança do paciente; Enfermagem.

SANTOS, J. A. M. **Patient safety culture in high-risk maternity hospitals in a state of the northeastern region of Brazil.** 2021. 104f. Dissertação (Mestrado). Maceió: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas; 2021.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Pregnancy and birth, in most cases, occurs uneventfully, but in many cases complications may arise that may be related to the assistance offered, either in relation to the structure of birthplaces, as well as due to errors in the work process and that may lead to adverse events. It can be seen that there are still many challenges to be overcome and, consequently, immediate interventions are needed to make care safer. Before that, it is important to evaluate the safety culture so that professionals are made aware of the importance of promoting Patient Safety P. **OBJECTIVE:** To evaluate the patient safety culture in high-risk maternity hospitals of a state in the Northeast region of Brazil. **METHODS:** This is a descriptive study of quantitative nature of the survey type, conducted in two high-risk maternity hospitals of a state in the northeastern region of Brazil. Data collection was performed in the period December 2020 to April 2021, through the instrument "Patient Safety Survey in Hospitals", which in addition to evaluating the profile of professionals, has 42 items divided into 12 dimensions that assesses the Patient Safety Culture (CSP). After collection, the data were validated and analyzed using descriptive statistics through the JASP Software. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas. **RESULTS:** A total of 318 professionals participated in the study, being the majority female, with a mean age of 41.7 years, with a post-graduation in specialization and most of them are part of the nursing team and with a mean time of work in the profession of 14.5 years. As for the time of work in the hospital/maternity, it was observed that the highest percentages concentrated between 16 to 20 years and 1 to 5 years, in addition, regarding the time of work in the current area, the percentages were also concentrated in the aforementioned intervals. The professionals' workload was predominantly from 20 to 39 hours per week. Regarding the dimensions of CSP, no dimension was rated as strong for CSP. We highlight the dimensions that were evaluated with the highest percentages of positive answers, however, being considered neutral, namely: supervisor's expectations and actions for patient safety, teamwork in the unit, organizational learning-continuous improvement and openness to communication. The other eight dimensions were considered as weak for CSP. When assessing the number of AE notifications made by professionals in the last 12 months, it was observed that 77.3% had not made any notifications. Regarding the patient safety score assigned to the work unit, 49.0% perceived safety as regular. **CONCLUSION:** We observed several weak points for the CSP, which urges the need for a reflective analysis by professionals and managers about the quality of care. Improvements in the 12 dimensions of CSP are necessary, especially regarding the non-punitive responses to errors, because if professionals believe that they will be penalized for the errors and AEs committed, they will end up neglecting the notifications. It is noteworthy that it is important the commitment of all to transform this culture of blame into a just culture, which establishes balance between the responsibility of the professional and the organization.

**Keywords:** Organizational culture; Patient care team; Maternity; Patient safety; Nursing.

SANTOS, J. A. M. **Cultura de seguridad del paciente en las maternidades de alto riesgo de un estado de la región nordeste de Brasil** 2021. 104f. Dissertação (Mestrado). Maceió: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas; 2021.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El embarazo y el parto, en su gran mayoría, ocurren sin interurrencias, sin embargo, en muchos casos, pueden surgir complicaciones que pueden estar relacionadas con la asistencia ofrecida, ya sea en relación con la estructura de los lugares de nacimiento, así como debido a errores en el proceso de trabajo y que pueden conducir a eventos adversos. Se percibe que todavía hay muchos retos que superar y, por lo tanto, se requieren intervenciones inmediatas para que la atención sea más segura. Antes, es importante evaluar la cultura de seguridad para que los profesionales se conciencien de la importancia de promover la Seguridad del Paciente. **OBJETIVO:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en las maternidades de alto riesgo de un estado de la región nordeste de Brasil. **MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa del tipo encuesta, realizado en dos maternidades de alto riesgo de un estado de la región nordeste de Brasil. La recogida de datos se realizó en el periodo de diciembre de 2020 a abril de 2021, a través del instrumento "Encuesta de Seguridad del Paciente en Hospitales", que además de evaluar el perfil de los profesionales, cuenta con 42 ítems divididos en 12 dimensiones que evalúan la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP). Tras la recogida, los datos se validaron y analizaron mediante estadísticas descriptivas a través del software JASP. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Alagoas. **RESULTADOS:** Participaron en el estudio un total de 318 profesionales, en su mayoría mujeres, con una edad media de 41,7 años, con título de postgrado en el nivel de especialización y en su mayoría formando parte del equipo de enfermería y con un tiempo medio de trabajo en la profesión de 14,5 años. En cuanto al tiempo de trabajo en el hospital/maternidad, se observó que los mayores porcentajes se concentraron entre los 16 a 20 años y de 1 a 5 años, además, respecto al tiempo de trabajo en el área actual, los porcentajes también se concentraron en los intervalos mencionados. La carga de trabajo de los profesionales oscilaba entre 20 y 39 horas semanales. En cuanto a las dimensiones del CSP, ninguna dimensión fue calificada como fuerte para el CSP. Destacamos las dimensiones que fueron evaluadas con los mayores porcentajes de respuestas positivas, siendo sin embargo consideradas neutras, a saber: expectativas y acciones del supervisor para la seguridad del paciente, trabajo en equipo en la unidad, aprendizaje organizacional-mejora continua y apertura para las comunicaciones. Las otras ocho dimensiones se consideraron débiles para la CSP. Al evaluar el número de notificaciones de EA realizadas en los últimos 12 meses por los profesionales, se observó que el 77,3% no realizó ninguna notificación. En cuanto a la puntuación de seguridad del paciente asignada a la unidad de trabajo, el 49,0% percibió la seguridad como regular. **CONCLUSIÓN:** Observamos varios puntos débiles para el CSP, lo que insta a la necesidad de un análisis reflexivo por parte de los profesionales y gestores sobre la calidad de la atención. Es necesario mejorar las 12 dimensiones del CSP, especialmente en lo que se refiere a las respuestas no punitivas a los errores, ya que si los profesionales creen que van a ser penalizados por los errores y EA cometidos, acabarán descuidando las notificaciones. Cabe destacar que es importante el compromiso de todos para transformar esta cultura de la culpa en una cultura justa, que establezca el equilibrio entre la responsabilidad del profesional y la organización.

**Palabras clave:** Cultura organizativa; Equipo de atención al paciente; Maternidad; Seguridad del paciente; Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Definição dos sete pilares segundo Donabedian. ....	25
<b>Figura 2:</b> Modelo Queijo Suíço.....	26
<b>Figura 3:</b> Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.....	28

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição do percentual (%) das respostas positivas dos itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. .... 58
- Gráfico 2:** Média (X) de respostas das 12 dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. .... 59
- Gráfico 3 :** Distribuição do número de eventos notificados nos últimos 12 meses, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021..... 61
- Gráfico 4:** Distribuição da nota de segurança do paciente atribuída a unidade de trabalho, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021..... 62

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Exemplificação do cálculo dos percentuais de respostas negativas, neutras e positivas de um dos itens da dimensão Trabalho em equipe na unidade. Maceió-AL, 2021. ....	45
<b>Tabela 2:</b> Exemplificação do cálculo dos percentuais de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão Trabalho em equipe na unidade. Maceió-AL, 2021. ....	46
<b>Tabela 3:</b> Características sociodemográficas da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de uma estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ...	48
<b>Tabela 4:</b> Características de trabalho da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	49
<b>Tabela 5:</b> Coeficiente do Alfa de Cronbach do questionário HSOPSC por dimensão da cultura de segurança do paciente, aplicado em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	50
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das respostas dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível da unidade, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	51
<b>Tabela 7:</b> Distribuição das respostas dos itens compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível do hospital/maternidade, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	54
<b>Tabela 8:</b> Distribuição das respostas dos itens compõem as dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	56
<b>Tabela 9:</b> Distribuição das respostas negativas, neutras e positivas, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021. ....	60

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Demonstrativo da população de estudo por categoria profissional da Maternidade A e B que prestam assistência direta ao paciente. Maceió-AL, 2021. ....	35
<b>Quadro 2:</b> Fluxograma da inclusão e determinação da população estudada da Maternidade A. ....	37
<b>Quadro 3:</b> Fluxograma da inclusão e determinação da população estudada da Maternidade B. ....	37
<b>Quadro 4:</b> Dimensões da Cultura de segurança do paciente mensuráveis pelo HSOPSC, segundo nível, seção e itens avaliados. Maceió, AL, 2021. ....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACR- Acolhimento com classificação de risco  
AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality  
ALCON- Alojamento conjunto  
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa  
CNS- Conselho Nacional de Saúde  
CO- Centro obstétrico  
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem  
CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CSP- Cultura de Segurança do Paciente  
EA- Evento adverso  
EUA- Estados Unidos da América  
HSOPSC-Hospital Survey on Patient Safety Culture  
IC- Intervalo de confiança  
IOM- Institute of Medicine  
MS- Ministério da Saúde  
NSP- Núcleo de Segurança do Paciente  
ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
PA- Pronto Atendimento  
PNSP- Plano Nacional de Segurança do Paciente  
PP- Pré-parto  
RDC- Resolução da Diretoria Colegiada  
RN- Recém-nascido  
S- Desvio-padrão  
SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SP- Segurança do Paciente  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFAL- Universidade Federal de Alagoas  
X- Média

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral: .....	22
2.2 Objetivos específicos: .....	22
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	23
4. MÉTODO .....	34
4.1 Delineamento do estudo.....	34
4.2 Local de estudo .....	34
4.3 População, critério de amostragem e amostra.....	35
4.4 Instrumento para coleta de dados.....	38
4.5 Variáveis do estudo.....	40
✓ 4.5.1 Variáveis de Características Sociodemográficas e Profissionais dos Sujeito.....	40
✓ 4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança.....	40
✓ 4.5.3 Variáveis de Resultado .....	42
4.6 Procedimento para coleta de dados.....	42
4.7 Tratamento e análise dos dados .....	44
4.8 Aspectos éticos e legais .....	47
5 RESULTADOS .....	48
5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes .....	48
5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento HSOPSC .....	50
5.3 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente .50	
✓ 5.3.1 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente relativas à unidade de trabalho. ....	50
✓ 5.3.2 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente relativas ao hospital/maternidade .....	54
✓ 5.3.3 Avaliação dos itens que compõem as dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente.....	55
✓ 5.3.4 Percentual das respostas positivas dos itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.....	57
5.4 Avaliação da Cultura de segurança do paciente por dimensão.....	59
✓ 5.4.1 Média de respostas das dimensões da cultura de segurança do paciente .....	59
✓ 5.4.2 Percentual das respostas negativas, neutras e positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente .....	60

5.5 Notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses.....	61
5.6 Nota de segurança do paciente.....	62
6. DISCUSSÃO.....	63
7. CONCLUSÃO.....	76
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
REFERÊNCIAS .....	80
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	91
ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS HSOPSC .....	93
ANEXO B: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES.....	98
ANEXO C: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA.....	99
ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	100

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a cultura de segurança do paciente (CSP) em maternidades de alto risco. O interesse pelo tema emergiu a partir da vivência prática do pesquisador enquanto enfermeiro residente em um hospital de ensino do interior do estado do Rio Grande do Sul, onde os cenários de prática eram os mais diversos, especialmente o atendimento à população em porta de entrada. Na ocasião, o hospital estava passando pelo processo de Acreditação Hospitalar e o movimento criado na instituição pelo Núcleo Interno de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente por melhores práticas e qualidade no atendimento aos pacientes, fizeram despertar o interesse pela temática de Segurança do Paciente (SP).

No processo de formação prática, o pesquisador teve a oportunidade de atender gestantes na classificação de risco do Pronto Atendimento (PA) e no centro obstétrico (CO). E nas “idas e vindas” do PA para o CO, pode perceber algumas intercorrências no atendimento às gestantes e que poderiam causar danos, o que o fez indagar sobre a qualidade do cuidado e da SP na área materno-infantil. No intuito de voltar para a terra natal e ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, o pesquisador ao analisar as possibilidades de pesquisa no contexto de SP e considerando o interesse pela área materno-infantil, observou-se que no estado, ainda não tinha sido avaliada a CSP nas maternidades de alto risco, motivo este do nascimento desta dissertação.

Sabe-se que a gravidez e o nascimento, em grande maioria, ocorre sem intercorrências, porém em muitos casos podem surgir complicações, que geralmente têm a sua origem no processo de gravidez e parto, seja por serem portadoras de alguma doença ou sofrerem algum agravo e desenvolverem problemas. Essa parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco. Esta visão do processo saúde-doença, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde. Outras complicações, podem estar relacionadas à assistência oferecida, seja em relação à estrutura dos locais de nascimento, assim como em decorrência de erros no processo de trabalho (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Durante a assistência à saúde podem ocorrer erros que acarretam a eventos adversos (EA) e que afetam diretamente a saúde do paciente. Estas condições adquiridas, podem causar

sequelas transitórias e definitivas, sofrimento mental, além de elevar o custo assistencial e acarretar até mesmo em morte. A gravidade desses eventos é de fundamental relevância e impacto social, que desencadeou a mobilização de órgãos governamentais e não governamentais em todo mundo acerca dos EA e da SP, inclusive no Brasil (BRASIL, 2017; COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, e em particular o EA, afete de 4 a 16% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos. No mundo ocorrem cerca de 42,7 milhões de EA anuais, sendo nos EUA a terceira causa de morte em pacientes internados, mantendo-se atrás apenas de doenças cardiovasculares e câncer. No Brasil, estima-se que ocorra entre 104.187 a 434.112 óbitos por ano que podem estar associados aos EA assistenciais hospitalares e no melhor cenário, poderia ser a 5ª causa de morte (BRASIL, 2017; COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Segundo Gorga (2017), um fato peculiar é que nos serviços de atenção obstétrica, a proporção de processos judiciais por erro se mantém em torno de 23,2%. Tal autora conclui que a maior taxa de culpabilidade está relacionada à inobservância de regras técnicas, como práticas consideradas inadequadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com o intuito de chamar a atenção das instituições de saúde aos EA e desenvolver nova cultura de segurança, o MS instituiu a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que no Artigo 4º, para melhor compreensão dos conceitos que cerca a SP, são adotadas algumas definições, a saber:

- I- Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- II- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- III- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- IV- Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013, p. 2).

No artigo 5º da mesma portaria, são definidas algumas estratégias para implementação do PNSP e entre tais estratégias está a promoção da cultura de segurança (BRASIL, 2013). A cultura de segurança é caracterizada pela abertura para comunicação, pelo trabalho em equipe, pelo respeito mútuo, reconhecimento do trabalho em conjunto, o aprendizado contínuo a partir dos erros e conseqüentemente dos relatórios das notificações dos EA, tendo a segurança como uma das principais prioridades em todos os níveis da organização (SOUZA; MENDES, 2019).

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 (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2017). Essa melhoria implica na

transformação da lógica e do processo assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, além da formação e capacitação dos profissionais, preceptores e gestores dos serviços de saúde (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2014).

Percebe-se que ainda existem muitos desafios a serem superados e, conseqüentemente, são necessárias intervenções imediatas para tornar o cuidado mais seguro. Antes disso, é importante avaliar a cultura de segurança dos profissionais envolvidos com a assistência ao paciente para que sejam sensibilizados da importância de promover a SP com o objetivo de reduzir, o mínimo possível, os danos e melhorar a qualidade da assistência prestada (CUNHA, 2019).

A avaliação da CSP é de extrema relevância, pois repensa os processos assistenciais com a finalidade de identificar suas fragilidades e a ocorrência das falhas, antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Desse modo, torna-se importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, o que permitirá uma visão ampliada dos indicadores organizacionais para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção (BRASIL, 2017; FASSARELLA, et al., 2019).

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: Qual a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde que nelas atuam?

Acredita-se que este estudo possa trazer informações e dados que poderão fomentar ações e atitudes para uma prática voltada à SP associado à cultura organizacional, a qual é indispensável na prática assistencial, além de direcionar ações que contribuam para o processo de qualificação da assistência.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral:

Avaliar a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde.

### 2.2 Objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde das maternidades de alto risco;
- Identificar os pontos fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente conforme avaliação da equipe multiprofissional de saúde das maternidades de alto risco;
- Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente conforme avaliação da equipe multiprofissional de saúde das maternidades de alto risco.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

A segurança do paciente (SP) e a criação de uma cultura de segurança visam à redução de danos desnecessários e evitáveis aos pacientes durante a assistência à saúde. Essa discussão sobre SP vem tomando grandes proporções desde a criação de políticas direcionadas à temática, primeiramente desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de uma temática discutida amplamente a nível internacional e que tem direcionado mudanças e entusiasmando uma busca frequente e constante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SOUSA; FARIAS, 2019).

O contexto em que deu-se o debate sobre a qualidade do cuidado e sua relação com a prestação dos serviços de saúde é marcado por influências relacionadas ao elevado custo do processo de cuidado em saúde associado à fusão tecnológica, ao aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e ao envelhecimento da população com variadas doenças crônicas. Dessa forma, surgem preocupações ligadas à qualidade do cuidado e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua e à prestação de contas (MARTINS, 2019).

A qualidade dos serviços de saúde e a SP, vêm sendo historicamente construídas, descritas e estudadas há mais de dois mil anos. Hipócrates (460-377 a. C.) em seu juramento já mencionava que *“Antes de tudo, não cause dano, não prejudique o paciente”*, o que leva a considerar que há riscos envolvidos em todo e qualquer momento para o paciente. O médico obstetra Ignaz Semmelweis (1818-1865) descobriu que a incidência de “febre puerperal” poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas com a introdução de higienização de mãos. Ele identificou que nas enfermarias do Hospital Geral de Viena, nas quais os partos eram conduzidos por médicos a mortalidade era três vezes maior do que nas enfermarias onde trabalhavam parteiras que higienizavam as mãos (SILVA, 2018).

No final do século XIX, a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), além de revolucionar a enfermagem, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da SP, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. Com isso, durante a Guerra da Crimeia e a convite do governo britânico, chefiou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha de guerra, e por meio de noções de higiene, alimentação e de condições sanitárias dos hospitais, conseguiu diminuir a mortalidade dos soldados internados, que levaram a expressivas quedas nas taxas de infecção hospitalar (TRINDADE; LAGE, 2019).

Em 1905 o Cirurgião Ernest Amory Codman estudou os resultados da assistência ao paciente, com interesse na qualidade do cuidado de saúde. Para ele o trabalho que era realizado

pelos médicos era limitado, faltando-lhe a avaliação do resultado das cirurgias que eram realizadas. O mesmo criou um hospital privado em que acompanhou os pacientes que realizavam cirurgias, identificando erros de diagnóstico e tratamento, bem como monitorizando os resultados. Em um intervalo de cinco anos, houve o registro do número e do tipo de erros ocorridos, e foram classificados em: falta de conhecimento e habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de cuidados ou equipamentos e falta de competências para diagnosticar. Em suas pesquisas, também foram incluídas situações que classificou como calamidades cirúrgicas e complicações que fogem ao controle, recomendando que essas últimas fossem conhecidas dos profissionais e da sociedade e estudadas de forma a direcionar ações de prevenção. Segundo Codman, os artigos científicos habitualmente publicados só davam ênfase em conhecer as experiências positivas e não aos resultados reais (TRINDADE; LAGE, 2019).

Em 1918, com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surgiu o trabalho *Diseases of Medical Progress*, evidenciando a prevalência e evitabilidade de prejuízos à saúde do paciente não decorrente de causas naturais, e que o processo de sofisticação tecnológica do cuidado em saúde se tornou inseguro (SOUSA; MENDES, 2019).

Ao longo da história, outros personagens como o médico Avedis Donabedian (1919-2000), transmitiu conhecimentos sobre a qualidade na saúde, onde o mesmo a define como aquela que promove o melhor cuidado e bem-estar ao paciente, levando em consideração os riscos e benefícios existentes nessa prática. Segundo o mesmo autor, a qualidade dos serviços de saúde é composta por diversos atributos, como: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade (Figura 1). Esses atributos, quando avaliados isoladamente ou em diferentes combinações, expressam a dimensão da qualidade dos serviços de saúde.

Vale destacar que Avedis Donabedian ainda criou um modelo, que ficou conhecido como a Tríade de Donabedian, onde a avaliação da qualidade é realizada através de indicadores representativos, que envolvem a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve as condições disponíveis para a prestação dos cuidados, como a área física, recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais, os protocolos existentes e a organização dos serviços. O processo representa as atividades relacionadas ao processo de cuidado, a definição do diagnóstico e recomendação do tratamento. O conceito de resultado refere-se aos efeitos do cuidado no estado de saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

**Figura 1:** Definição dos sete pilares segundo Donabedian.

Sete Pilares	Definição
Eficácia	Diz respeito à capacidade de determinada intervenção produzir impacto potencial em uma situação ideal. Ou a capacidade da ciência e tecnologia empregadas no cuidado de trazer melhorias à saúde, quando usadas em circunstâncias mais favoráveis.
Efetividade	Grau de melhoria na saúde alcançado de fato. É a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa em funcionamento e o impacto potencial em uma situação ideal (estudos de eficácia).
Eficiência	Capacidade de diminuir os custos sem comprometer o nível atingível de melhoria da saúde. É a relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento e seu respectivo custo.
Otimização	Balço entre melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance dessas melhorias. O processo de aumentar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos.
Aceitabilidade	Conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e membros de suas famílias (depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e amenidade do cuidado).
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.
Equidade	Conformidade a princípios que determinam o que é justo e legítimo na distribuição equânime, ou seja, sem distinções, discriminações ou preferências, para o cuidado e concessão de benefícios entre os membros da população.

**Fonte:** Martins, 2019.

Em 1990, James Reason, psicólogo britânico, publicou o livro intitulado *Human Error*, abordando a SP e o erro. Esta publicação mudaria de uma vez por todas a forma de abordagem da SP e dos erros assistências, uma vez que, a proposta de Reason (2003), nessa obra, é apresentar uma teoria voltada à análise da questão ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros (MILAGRES, 2015; NASCIMENTO, 2019).

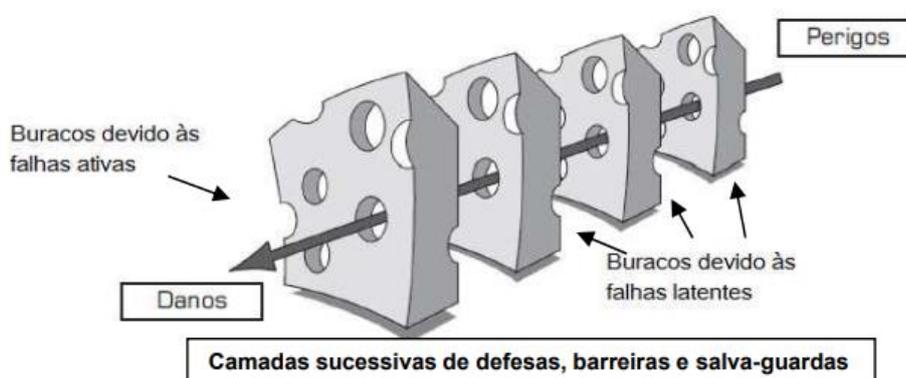
Vários estudos foram publicados que abordavam erros nos serviços de saúde, no entanto o maior avanço em estudos, pesquisas e diretrizes relacionado à SP aconteceu a partir do relatório *To err is human: Building a safer health system*, publicado em 1999 pelo Instituto Of Medicine (IOM) dos Estados Unidos (CORONA, 2017). Este trabalho estimou a ocorrência de 44 a 98 mil mortes anualmente nos Estados Unidos, em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados, sendo metade destes considerados evitáveis. Com relação aos custos adicionais desses eventos, estima-se que foram gastos, em média, de 17 a 29 bilhões de dólares

(DUARTE et al., 2015). Após a divulgação deste relatório, o mesmo alertou os profissionais e gestores de saúde, pacientes e organizações para a dimensão do problema e dos seus custos sociais, econômicos e do óbvio sofrimento imposto aos pacientes e seus familiares (TRINDADE; LAGE, 2019).

Reason et al. (2001) indicaram o Modelo do “queijo suíço” para explicar a compreensão do caráter multifatorial às falhas de segurança. Neste modelo, as vulnerabilidades do sistema de saúde são comparadas aos buracos de um queijo suíço. A causa dos acidentes estaria relacionada às falhas ativas e latentes. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por vários fatores; como se a ocorrência dos EA se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros, ou comportamentos de risco por parte dos pacientes. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos por indivíduos, cujas consequências resultariam em um EA imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, as quais permanecem camufladas, até que um evento ou incidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar às condições de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento, ambiente estressante, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados.

Essa metáfora do Queijo Suíço (Figura 2) descreve um modelo explicativo onde as fatias do queijo representam camadas sucessivas de defesas, barreiras e salvaguardas que podem ser penetradas, ocasionando danos.

**Figura 2:** Modelo Queijo Suíço.



**Fonte:** Wachter, 2010.

Vale destacar que a partir da década de 2000 a SP passou a ser reconhecida internacionalmente, e diversos países assumiram iniciativas com a implementação de institutos,

organizações e associações, dentre os quais se destacam os EUA, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Dinamarca, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Nesse entremeio, no ano de 2002, a SP foi amplamente discutida na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, destacando a necessidade de os países membros atentarem para o problema e estabelecerem o fortalecimento de ações para o tema e para a qualidade do cuidado em saúde. Em 2004, foi criada a *Aliança Mundial para a SP* como iniciativa global para envolvimento das instituições na garantia da segurança e qualidade do cuidado, representando um importante passo para destacar a importância do tema e a necessidade de ações imediatas para a qualificação da assistência (WHO, 2004).

Sabe-se que a discussão sobre a temática de SP vem sendo construída ao longo dos anos e ganha relevância e reconhecimento na medida em que instituições de saúde buscam excelência em nível de assistência e gestão (CARMO, 2018). Conforme a Estrutura Conceitual da Classificação Internacional para Segurança do Paciente, publicada em 2011 pela Divisão Geral de Saúde de Portugal, tendo como base a publicação *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1*, divulgada em 2009 pela OMS, o define a SP como:

Redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (PORTUGAL, 2011, p. 14).

A SP é resultado de um sistema complexo que necessita de políticas e programas institucionais que estabeleçam medidas conjuntas de segurança, com posterior avaliação dos efeitos causados por sua efetivação (FERMO et al., 2016). Uma nova abordagem voltada à SP é a de reestruturar processos de assistência à saúde, com o objetivo de antecipar a ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes, tendo como princípio desta condição, conhecer, aprender e preveni-los (BRASIL, 2013). Toso et al. (2016) recomendam o desenvolvimento de novos estudos relacionados à SP nas instituições com um olhar focado nas diferentes áreas e com abrangência da equipe multiprofissional, a fim de consolidar uma CSP.

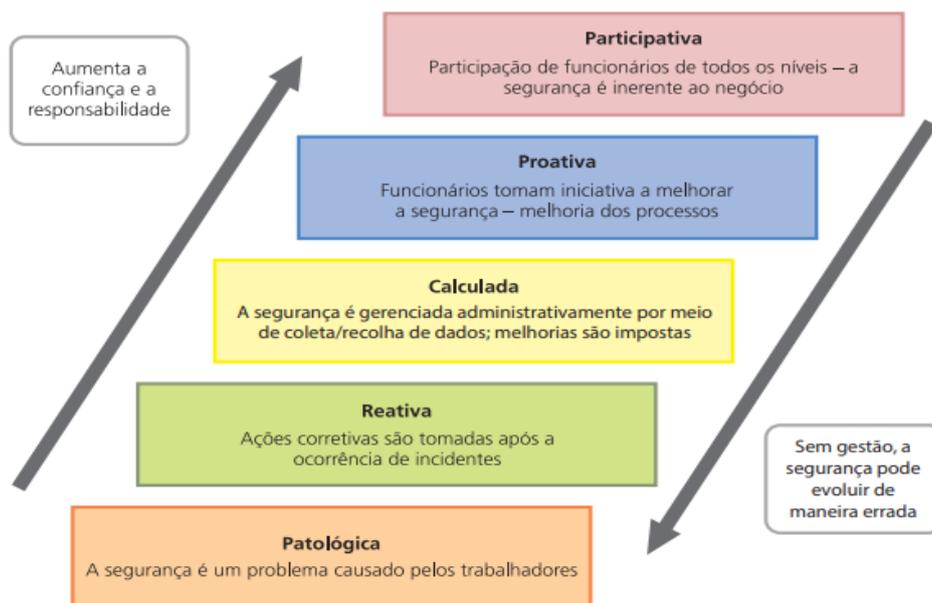
Diante de um cenário assistencial com uma diversidade de sistemas e de processos organizacionais, bem como dos avanços tecnológicos no contexto do cuidado em saúde, notou-se um crescente interesse em investigar a melhoria da qualidade do cuidado e da SP. Diante disto, a cultura de segurança ganhou destaque, visto que reflete o compromisso dos

profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente seguro para prestação da assistência em saúde, influenciando comportamentos e os resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (REIS, 2019).

Em uma organização, a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios ao longo do tempo (HUDSON, 2003). A Figura 3 apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

Na cultura patológica, grau inferior de maturidade, a falta de segurança é compreendida como um problema causado pelos trabalhadores. Na cultura reativa, a organização começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes. Na cultura calculada, a segurança é gerenciada, mas as abordagens são ainda muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento/gestão de risco e foco na coleta/recolha de dados. No estágio da cultura proativa, há um número maior de profissionais envolvidos no sentido de identificar e trabalhar os problemas de segurança, antecipando-se a ocorrência de incidentes; e por fim, no grau de maturidade mais elevado, na cultura geradora, há a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança (HUDSON, 2003).

**Figura 3:** Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.



Fonte: REIS, 2019.

Em relação a produção científica sobre a cultura de segurança em obstetrícia, Carmo (2018), afirma que a literatura ainda é incipiente o que demanda a necessidade de expandir esse debate, principalmente nos hospitais de ensino que influenciam diretamente a formação de vários profissionais, sejam eles que prestem assistência direta ao paciente, ou não. 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. A SP na assistência obstétrica é de fundamental importância, devido ao elevado número de pacientes envolvidos (MORAES, et al., 2019).

No período de 2008 a 2017 foram notificados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, 29.179.515 nascidos vivos ocorridos no Brasil, com uma média de 2.917.951 nascimentos por ano, correspondendo a quase 6 milhões de pacientes atendidos, entre parturiente e recém-nascidos, isso pode significar cerca de 60.000 mulheres sofrendo algum EA anualmente, levando em consideração que, do total de atendimentos, em 10% deles ocorrem algum tipo de EA. No estado de Alagoas, no mesmo período citado anteriormente, foram notificados 529.638 nascimentos, com uma média de 52.963 nascimentos por ano (BRASIL, 2014; DATASUS, 2019).

A promoção da qualidade da atenção obstétrica e neonatal, por vários motivos, se reveste de um caráter particular. Algumas características intrínsecas ao processo reprodutivo e à assistência recebida pelas gestantes, puérperas e seus filhos são importantes para as ações que deverão ser implementadas, tais como: os aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto, expectativa de resultados positivos e alta incidência de intervenções, bem como das altas taxas de mortalidade materna. Devido a tais características, a assistência obstétrica deve ser uma área prioritária para as ações relacionadas à promoção da qualidade na assistência e conseqüentemente da segurança (BRASIL, 2014).

Até a década de 80, os índices de mortalidade materna e perinatal eram os principais indicadores da qualidade da assistência obstétrica, atingindo taxas próximas a 300 mortes maternas a cada 100.000 nascimentos em países de baixa renda, à época incluídos no chamado terceiro mundo. A mulher era considerada basicamente como um meio reprodutivo e os programas de saúde correlatos eram designados como de “saúde materno-infantil”, fundamentados basicamente na saúde infantil, sendo por vezes o “M”, de materno, esquecido (SANTANA et al., 2018).

Em 1987, foi lançado por agências internacionais e regionais, e por governos nacionais, a Iniciativa Maternidade Segura, programa global cuja meta era reduzir pelo menos em 50%, até o ano 2000, os índices de mortalidade e morbidade maternas (TINKER, 1991). Porém os

resultados dessa iniciativa não se mostraram plenamente exitosos, já que muitos países ainda apresentavam razões de mortalidade maternas estáveis ou até mesmo mais elevadas em locais onde as informações passaram a ser melhor coletadas (SANTANA et al., 2018).

Uma consequência da falência da Iniciativa para a Maternidade Segura foi a inclusão da Saúde Materna nas Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pelas Nações Unidas no ano de 2000, que no objetivo 05 (Melhorar a saúde materna) buscava atingir a redução em três quartos da taxa de mortalidade materna e acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. Em termos mundiais, a sobrevivência materna melhorou bastante desde a adoção dos ODM, com uma queda de 45% nas taxas globais de mortalidade, de 380 mortes de mães para cada 100 mil nascidos vivos em 1990 para 210 em 2013. Apesar disso, havia evidências de que o mundo não alcançaria a meta global em 2015. No Brasil, a taxa de mortalidade materna caiu 55% de 1990 a 2011, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, esses ainda eram valores distantes dos 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, estipulados como meta para o país. Infelizmente, tais metas também não foram plenamente atingidas, o que levou as Nações Unidas a patrocinarem as Metas para o Desenvolvimento Sustentável, a serem atingidas até o ano de 2030, conhecida como Agenda 30 (SANTANA et al., 2018; ROMA 2019).

A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta. São objetivos e metas claras, para que todos os países adotem de acordo com suas próprias prioridades e atuem no espírito de uma parceria global que orienta as escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas, agora e no futuro (GUTERRES, 2021). No escopo dos ODS, a saúde materna encontra-se no objetivo 3, saúde e bem-estar, objetivando reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (OMS, 2016).

No que se refere às causas das mortes maternas, cada país apresenta um quadro particular. Em países mais desenvolvidos, as doenças cardiovasculares e a tromboembolia venosa, por exemplo, ganham maior destaque. De certa forma, a composição desse quadro reflete o grau de avanço na qualidade do cuidado prestado à mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal. Assim, causas que podem ser facilmente evitadas, cujas medidas de prevenção, controle e tratamento são sobejamente conhecidas, não figuram entre as mais prevalentes nesses países. No Brasil, as quatro causas principais de morte materna são:

transtornos da pressão arterial (eclampsia e pré-eclâmpsia), hemorragia pós-parto, infecções e o aborto inseguro. Elas respondem por 80% das mortes (REIS, 2019).

Além dessas causas, é importante frisar que, todos os anos, mundialmente, estima-se que mais de 500.000 mulheres morram de complicações gestacionais e do parto. Pelo menos sete milhões de mulheres que sobrevivem a essas complicações sofrem sérios problemas de saúde e quase 50 milhões sofrem EA à saúde consequentes ao parto (DIAS, et al., 2015). O que coloca em questionamento a qualidade da assistência e da SP nas instituições onde são prestados os cuidados as gestantes, bem como puérperas e recém-nascidos.

Em estudo realizado em uma maternidade de alto risco da região nordeste do Brasil, que teve como objetivo analisar os EA e fatores associados nos partos cirúrgicos, encontrou os seguintes EA: infecções relacionadas à assistência à saúde, problemas hipertensivos, hemorragias, EA relacionados a medicação, hipotensão, alterações glicêmicas, intercorrências cirúrgicas, cefaleia pós raquianestesia. Destaca-se que neste estudo foi observada maior ocorrência de EA em cesáreas eletivas do que de urgência/emergência, refutando a tendência de maior ocorrência de danos em situações de urgência; o que pode estar relacionado ao maior uso de recursos e maior empenho das equipes em situações críticas, o que reduz desfechos desfavoráveis e danos (OLIVEIRA, et al., 2020a).

Ao se considerar a complexidade de fatores que cercam o parto, o processo de trabalho de parto e sua assistência, se faz relevante avaliar a SP, pois diante de tal complexidade, é necessário que esteja disponível para gestante, puérpera e recém-nascido, todo o aparato e cuidado necessário para garantir que, os mesmos, recebam os cuidados mais seguros possíveis. Após discussões a nível internacional, a OMS criou uma lista de verificação denominada Partos Seguros, que foi criada como um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados as mulheres que dão à luz. Esta lista é organizada de práticas essenciais de parto, baseadas em evidências, que visa as principais causas de morte materna, de nati-mortos por causas intraparto e das mortes neonatais que ocorrem em unidades de saúde, em todo o mundo. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à mãe, ao RN ou a ambos (OMS, 2017; OLIVEIRA, et al., 2020).

Excelentes iniciativas visando maior qualidade e segurança na assistência materno-infantil têm sido observadas no Brasil, motivadas por programas do MS, publicações e normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e experiência positivas de outros países. Melhorias na qualidade dos serviços obstétricos também têm sido uma preocupação da saúde suplementar (MARCOLIN, 2015).

Essa melhoria implica 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). A garantia do direito do atendimento com qualidade requer o fortalecimento das conquistas alcançadas e a consolidação da política de humanização da atenção obstétrica, assegurando às mulheres e aos RN partos e nascimentos seguros (SILVA, et al., 2017). Além de que, a cultura de segurança na obstetria é emergente e deve estimular os profissionais da saúde a adotarem uma abordagem proativa para prevenir falhas no processo assistencial (CARMO, et al., 2020).

Reconhece-se que o período que envolve o ciclo gravídico-puerperal guarda um misto de expectativa, consolidação de sonhos, alegrias e, não raro, de tristezas na família e nos profissionais de saúde. Situação indesejável perpetrada pela ação do profissional, seja por imperícia, seja por imprudência ou negligência, dentre outras, expõe o binômio mãe-criança a impactos à saúde (CARMO, et al., 2020).

A implementação das medidas de SP pode impulsionar as ações públicas que visam a mudança da cultura obstétrica dominante no país, uma vez que ambas as iniciativas envolvem processos de mudança da cultura organizacional, como a melhoria da governança local; gestão da qualidade; organização do trabalho e processo assistencial, para a obtenção de resultados mais exitosos (NICÁCIO, et al., 2020).

Ante essas considerações, estudar a cultura de segurança em maternidades torna-se essencial para garantir a assistência livre, ou pelo menos aceitável, de EA, bem como permite conhecer os fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe, que às vezes consistem em lacunas na teoria e prática para que possam, de fato, fortalecer uma assistência com base nas melhores evidências científicas. Em virtude disso, o estímulo e a criação da cultura de segurança na assistência em maternidades, que considerem a realidade local e as competências dos profissionais envolvidos, possibilitarão estratégias de ação para o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos na promoção da SP (SILVA, et al., 2020).

A avaliação da cultura de segurança nos serviços de saúde é o primeiro passo para a busca de melhorias na qualidade e na segurança nos cuidados de saúde, fornecendo informações para os líderes organizacionais em relação aos pontos fortes (potencialidades) e fragilidades, em diferentes áreas e escopos, que poderão subsidiar a tomada de decisões nesta área (BARILLAS, et al., 2020).

Diante da necessidade de avaliar a CSP nas instituições de saúde, diferentes ferramentas de avaliação têm sido utilizadas e que procuram focar seus questionamentos em características que são denominadas dimensões e que contêm aspectos que podem interferir na SP (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016). As quatro ferramentas mais utilizadas no mundo são: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da AHRQ; Safety Attitudes Questionnaire; Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey e Modified 37 Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; HODGEN et al., 2017, apud MOTERÃO, 2019). No Brasil os mais utilizados e que foram validados são o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). O SAQ avalia 6 domínios/ dimensões, enquanto que o HSOPSC avalia 12 dimensões da CSP (SILVA, et al., 2020).

## 4. MÉTODO

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo do tipo *Survey* com abordagem quantitativa. As pesquisas transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo, com o objetivo de observar e explorar os diversos aspectos de uma situação. As pesquisas descritivas destinam-se a descrever e documentar aspectos de uma situação a ser investigada. Por sua vez as pesquisas com abordagens quantitativas se preocupa com a coleta sistemática de informações numéricas e procede a análise dos dados obtidos através de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas do tipo *Survey*, são empregadas quando o pesquisador tem o interesse de obtenção de dados, tais como, identificar opiniões, percepções, informações de características, ou ações de um grupo determinado de indivíduos que representam a população-alvo, por meio de instrumento de pesquisa pré-definido (POLIT; BECK, 2011; PARANHOS, et al., 2013).

### 4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada em duas maternidades de referência para o atendimento a gestantes de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. A escolha das maternidades foi realizada de forma intencional, optando por maternidades de ensino e conveniadas exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Por questões de confidencialidade, as maternidades estão denominadas de maternidade A e B.

A **Maternidade A** possui um total de 61 leitos destinados ao atendimento as gestantes, puérperas e RN's. Possui uma estrutura física dividida em: Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), pré-parto (PP), sala de parto (SP), o Banco de Leite Humano, Centro Obstétrico (CO), com 4 salas cirúrgicas, além de Alojamento Conjunto (ALCON) e enfermarias para tratamento clínico para as gestantes de alto risco em situação estável (VIERA, 2017).

A **Maternidade B** compõe a Rede Estadual de Urgência e Emergência no Atendimento Hospitalar Especializado às Urgências Obstétricas. Conta com a seguinte capacidade: 48 leitos para Gestação de Alto Risco, 6 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Materna, 27 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 26 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais, 8 salas cirúrgicas, 4 leitos de Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP), 6 leitos no pré-parto, e 10 leitos na Enfermaria Canguru (UNCISAL, 2021).

É importante frisar que em ambas as maternidades possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que segundo a segunda RDC nº. 36/2013, é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013). Além disso, a maternidade A conta com programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Pediatria. A maternidade B, além do programa de residência médica em GO, ainda conta com residência em Enfermagem em Obstetrícia e em Enfermagem em Neonatologia.

#### 4.3 População, critério de amostragem e amostra

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais da equipe multiprofissional, lotados nos seguintes setores de ambas as maternidades: Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), Pré-parto (PP), Sala de Parto (SP), Centro Obstétrico/Cirúrgico (CO), Alojamento Conjunto (ALCON), Enfermarias de tratamento clínico. Além desses setores, foram convidados a participar, os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTIM) da maternidade B. Vale destacar que a maternidade A não possui uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exclusiva para atendimento a gestantes e puérperas, sendo esta população internadas em UTI geral.

Os profissionais foram identificados por meio da disponibilização das escalas dos funcionários/residentes fornecidas pelas gerências das unidades, totalizando 176 na maternidade A e 325 na maternidade B (Quadro 1).

**Quadro 1:** Demonstrativo do número de profissionais por categoria profissional da maternidade A e B que prestam assistência direta aos pacientes nos setores de estudo. Maceió-AL, 2021.

<b>Categoria profissional</b>	<b>Maternidade A</b>	<b>Maternidade B</b>
	N	N
Enfermeiro	42	46
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	77	168
Médico	35	48
Fisioterapeuta	01	08
Psicólogo	00	12
Fonoaudiólogo	01	00
Nutricionista	01	12
Assistente social	06	10
Residente de Enfermagem	00	09
Residente de Medicina	14	12
Total	176	325

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

Os profissionais da equipe multiprofissional que participaram do estudo, além de estarem lotados nos setores citados anteriormente, tiveram que atender os seguintes **critérios de inclusão**: prestar assistência direta ao paciente, independente do vínculo empregatício com as maternidades (efetivo, contrato, serviço prestado, residentes), atuar na unidade há pelos menos 1 mês e ter carga horária mínima semanal de trabalho de 12 horas na unidade de atuação (devido a escala fracionadas).

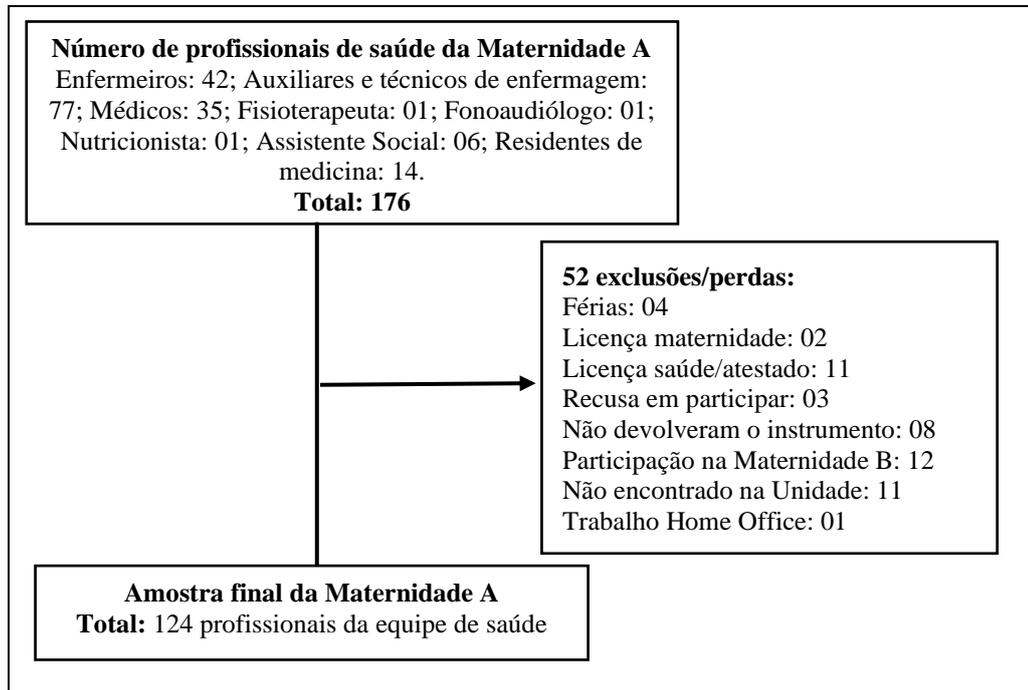
Como **critérios de exclusão**: profissionais da equipe multiprofissional que estivessem de férias, de licença médica ou gestação durante o período da coleta de dados, além daqueles profissionais que estivessem afastados devido a Decretos publicados pelo Governo do Estado de Alagoas como medida de prevenção contra a COVID-19. Foram excluídos ainda, os profissionais que estavam trabalhando em caráter de Home Office e aqueles profissionais que não foram encontrados no serviço após 3 tentativas.

Vale destacar que os profissionais que tinham vínculo com as duas maternidades, no caso de aceite em participar da pesquisa, responderam o instrumento com foco na maternidade de primeira abordagem, não sendo possível uma segunda participação.

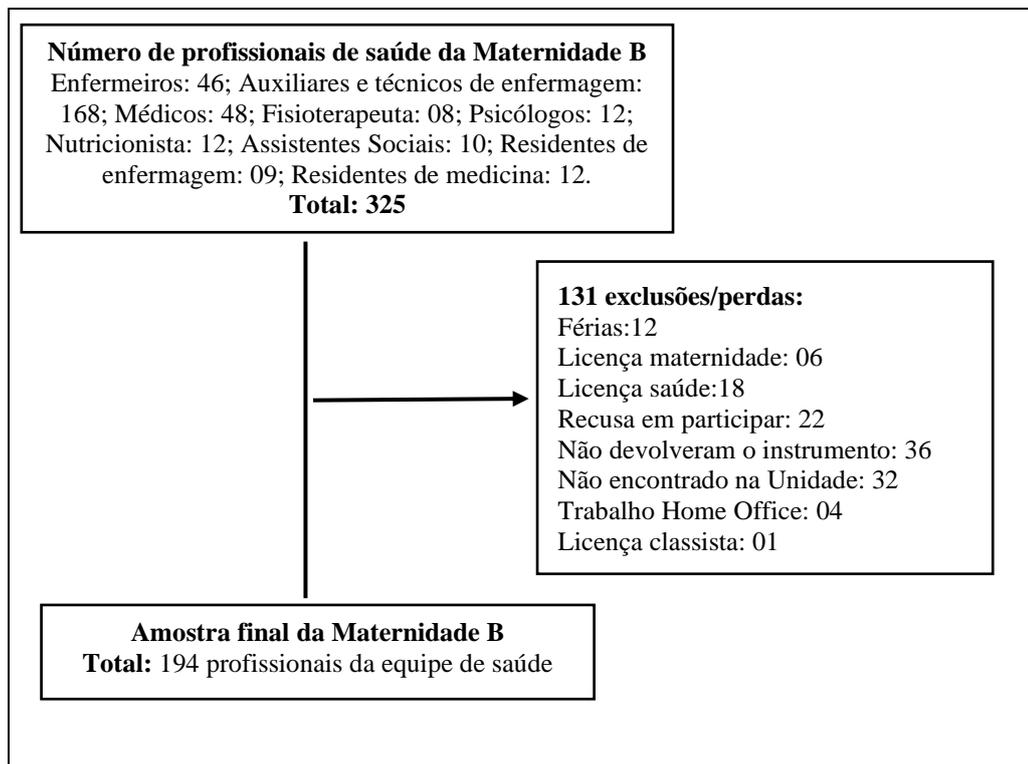
Após aplicado os critérios de inclusão e exclusão foi criada uma lista com os nomes dos profissionais e todos os constantes na lista foram convidados a participar da pesquisa, caracterizando-se como amostra não probabilística por conveniência. Amostragem não probabilística por conveniência é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador, além de serem acessíveis. Seguindo as recomendações de Sorra, et al., (2021), no guia para utilização do HSOPSC, o ideal é que se alcance uma taxa de aceite em participação de pelo menos 50% do total de profissionais elegíveis a participar do estudo.

Sendo assim, a população de estudo incluída e que aceitaram participar deste estudo foi de 318 profissionais, correspondendo a 63,4% da população que atuam nas duas maternidades em estudo, no período de coleta de dados, sendo que 70,4% da maternidade A e 59,7% da maternidade B.

O fluxograma de inclusão e seleção da população que aceitaram participar do estudo, estão apresentadas nos quadros 2 e 3.

**Quadro 2:** Fluxograma de inclusão e seleção da população estudada da Maternidade A.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Quadro 3:** Fluxograma de inclusão e seleção da população estudada da Maternidade B.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

#### 4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados desta pesquisa foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (ANEXO A), traduzido e validado para o português para uso no Brasil por Cláudia Tartaglia Reis, em sua tese de doutorado intitulada “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (REIS, 2013). O instrumento validado está disponibilizado para domínio público no portal do PROQUALIS (<https://proqualis.net/>), que foi criado em 2009 para produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente. Este instrumento foi utilizado por, dentre os validados no Brasil, possui o maior número de dimensões que avaliam a CSP.

Vale destacar que o questionário original foi criado pela AHRQ, dos Estados Unidos em 2004, com o objetivo de avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre postos-chave relacionadas à segurança. A versão original do instrumento pode ser encontrado em [www.arhq.com](http://www.arhq.com) (SORRA, et al., 2021).

O HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo. Ele oportuniza diversos usos: identificar áreas cuja cultura necessita de melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo, possibilitar benchmarking interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades. Ele é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente (PROQUALIS, 2021).

Através de questionamentos a respeito dos pontos primordiais relacionados à segurança do paciente, o HSOPSC avalia as múltiplas dimensões da cultura presentes na instituição de saúde. Tais dimensões incluem os valores, as crenças e as normas da organização de saúde bem como os processos de comunicação, liderança e gestão da organização que se relacionam direta e indiretamente com a segurança do paciente e assistência prestada (PIETRO; FONSECA; ZEM-MASCARENHAS, 2021).

O HSOPSC é composto por 9 seções nomeadas de A a I e que englobam 54 itens, dos quais 44 estão relacionadas a questões específicas da cultura de segurança do paciente e 9, as informações sociodemográficas e de trabalho do respondente. Nas seções A, B, C, D e F são avaliadas as 12 dimensões da cultura de segurança por meio de 42 itens, sendo cerca de 3 a 4 itens por dimensão, onde alguns são escritos de forma reversa. A seção E avalia a nota de

segurança do paciente. Já a seção G, avalia quantas notificações de eventos foram apresentadas pelos profissionais nos últimos 12 meses. Enquanto que a seção H, possui 9 itens que tem o objetivo de caracterizar o respondente do instrumento. E por fim, a seção I é destinado para que o respondente deixe os seus comentários a respeito da segurança do paciente, erro ou relato de evento no hospital em que trabalha (REIS, et al., 2016; SORRA, et al., 2021).

Das 12 dimensões analisadas pelo HSOPSC, sete dimensões correspondem à unidade/setor de trabalho no hospital, três correspondem à organização hospitalar como um todo e duas avaliam a percepção geral da segurança e a frequência de eventos notificados. No Quadro 4 são apresentadas as dimensões e o número de itens avaliados em cada dimensão.

**Quadro 4:** Dimensões da Cultura de segurança do paciente mensuráveis pelo HSOPSC, segundo nível, seção e itens avaliados. Maceió, AL, 2021.

NÍVEL	DIMENSÕES	SEÇÃO	ITENS AVALIADOS
UNIDADE	Trabalho em equipe dentro das unidades	A	A1, A3, A4, A11
	Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	B	B1, B2, B3R, B4R
	Aprendizado organizacional- melhoria contínua	A	A6, A9, A13
	Abertura para comunicação	C	C2, C4, C6R
	Feedback e comunicação a respeito do erro	C	C1, C3, C5
	Respostas não punitivas aos erros	A	A8R, A12R, A16R
HOSPITAL	Adequação de pessoal	A	A2, A5R, A7R, A14R
	Apoio da gestão para segurança do paciente	F	F1, F8, F9R
	Trabalho em equipe entre as unidades	F	F2R, F4, F6R, F10
RESULTADO	Passagem de plantão e/ou transferências internas	F	F3R, F5R, F7R, F11R
	Percepções gerais sobre segurança do paciente	A	A10R, A15, A17R, A18
	Frequência de eventos notificados	D	D1, D2, D3

Fonte: Reis, 2013; Sorra, et al., 2021.

Os itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foram construídos sobre a forma de Escala do tipo Likert, graduado em 5 pontos, que reflete o grau de concordância: 1 discordo totalmente ou nunca, 2 discordo ou raramente, 3 nem discordo e nem concordo ou às vezes; 4 concordo ou quase sempre e 5 concordo totalmente e sempre.

Quanto a forma de resposta da seção E, que refere-se a nota de segurança do paciente, é respondida através de escala de 5 pontos, que varia de muito ruim (1) à excelente (5).

A fim de garantir a consistência das respostas, o HSOPSC contém 18 itens formulados negativamente, identificados pela letra "R" (A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R), assim, quando o participante discorda do item está opinando de forma positiva (SORRA, et al., 2021).

#### 4.5 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram classificadas em variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado, conforme orientações do instrumento original.

##### 4.5.1 Variáveis de Características Sociodemográficas e Profissionais dos Sujeito

- ✓ Unidade de trabalho (conforme critérios de inclusão);
- ✓ Tempo de trabalho no hospital/maternidade: menos de 1 anos; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; 21 anos ou mais;
- ✓ Tempo de trabalho na área/unidade: menos de 1 anos; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; 21 anos ou mais;
- ✓ Tempo de trabalho na especialidade/profissão;
- ✓ Horas de trabalho semanal: menos de 20 horas por semana; 20 a 39 horas por semana; 40 a 59 horas por semana; 60 a 79 horas por semana; 80 a 99 horas por semana; 100 horas ou mais;
- ✓ Cargo no hospital/função: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, farmacêutico, biomédico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e odontólogo.
- ✓ Grau de instrução: primeiro grau incompleto; primeiro grau completo; segundo grau incompleto; segundo grau completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; pós-graduação (nível especialização); pós-graduação(nível mestrado ou doutorado);
- ✓ Idade;
- ✓ Sexo: masculino ou feminino.

##### 4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança

- ✓ Trabalho em equipe dentro das unidades (Itens A1, A3, A4, A11): avalia se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e se trabalham juntos como uma equipe para concluir os trabalhos, principalmente em época de lotação no serviço;

- ✓ Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores (Itens B1, B2, B3, B4): avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente e reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente, sem que os mesmos busquem atalhos pulando etapas para prestar assistência;
- ✓ Aprendizado organizacional- melhoria contínua (Itens A6, A9, A13): avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças realizadas para melhorar a segurança do paciente;
- ✓ Abertura para comunicação (Itens C2, C4, C6): avalia se os funcionários do hospital se sentem confortáveis para conversar livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade hierárquica;
- ✓ Feedback e comunicação a respeito dos erros (Itens C1, C3, C5): avalia se os funcionários são comunicados quando ocorrem erros, além de avaliar se são informados sobre as mudanças implementadas e se discutem meios de evitar que os mesmos erros se repitam;
- ✓ Resposta não punitiva aos erros (Itens A8, A12, A16): avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles de maneira punitiva e se os erros são mantidos em suas fichas funcionais;
- ✓ Adequação de pessoal (Itens A2, A5, A7, A14): avalia se o número de funcionários é suficiente para lidar com carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes, sem que eles se sintam apressados;
- ✓ Apoio da gestão para a segurança do paciente (Itens F1, F8, F9): avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que seja adequado para a promoção da segurança do paciente, fornecendo recursos e demonstrando que a segurança do paciente é prioritária;

- ✓ Trabalho em equipe entre as unidades (Itens F2, F4, F6, F10): avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade, a fim de favorecer melhor atendimento para os pacientes;
- ✓ Passagem de plantão e/ou transferências internas (Itens F3, F5, F7, F11): avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são comunicadas quando ele é transferido através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno (REIS, 2013; SORRA, et al., 2021);

#### 4.5.3 Variáveis de Resultado

- ✓ Percepções gerais sobre a segurança do paciente (Item A10, A 15, A17, A18): avalia se os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros são adequados e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais;
- ✓ Frequência da notificação de eventos (Itens D1, D2, D3): avalia se são notificados os erros que são detectados e corrigidos antes de afetar o paciente, erros sem potencial de prejudicá-lo e erros que podem prejudicá-lo;
- ✓ Número de eventos comunicados (Item G): avalia o número de eventos comunicados pelo profissional ao seu supervisor/ chefia;
- ✓ Nota de segurança do paciente (Item E): avalia a nota sobre a segurança do paciente na unidade de acordo com a percepção do profissional (SORRA, et al., 2021);

#### 4.6 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada somente após a obtenção da carta de aceite das instituições envolvidas e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alagoas. Antes de início da coleta de dados foi realizada reunião com os gestores das maternidades para apresentação e importância da pesquisa, após

disso, foram obtidas as escalas de trabalho dos profissionais para verificar o melhor momento de abordagem aos mesmos.

O pesquisador realizou pessoalmente a coleta de dados, em todas as unidades das maternidades incluídas no estudo, no período de dezembro de 2020 a abril de 2021. Foi necessário realizar a coleta de dados várias vezes no mesmo setor, devido a escala de trabalho e para que fosse possível localizar os profissionais em seus respectivos plantões.

Com o início da coleta de dados, os profissionais foram abordados em seus locais de trabalho e, após os esclarecimentos sobre os objetivos e forma de participação, foram convidados para participar da pesquisa. Para aqueles que concordaram em participar do estudo foi entregue um envelope que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE) em duas vias e uma via do instrumento de coleta de dados (HSOPSC). Após assinado, uma via do TCLE ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

Vale destacar que os profissionais eram abordados no momento em que as unidades estavam com pouco movimento/demanda de trabalho, e que os mesmos eram abordados individualmente ou em grupo de até 5 pessoas. Os profissionais em sua maioria aceitavam responder o instrumento após a explicação e diante disto, o pesquisador ficava aguardando para que fosse respondido e até mesmo para dirimir dúvidas. O instrumento levou em torno de 10 a 15 minutos para ser respondido.

Para aqueles profissionais que não aceitassem responder posteriormente explicações, mas que aceitaram participar da pesquisa, o envelope com o instrumento era entregue e o mesmo deveria ser entregue no próximo plantão. Ressalta-se que foram realizadas até três abordagens por profissional em seu ambiente de trabalho, na tentativa de oportunizar sua participação na pesquisa, tal medida foi adotada para aqueles que aceitaram participar, mas que por questões de fluxo no ambiente de trabalho não conseguiu responder no primeiro momento. Quanto aos profissionais que pegaram o envelope com o instrumento para ser respondido e que deveria ser entregue no próximo plantão, foi realizado também até 3 tentativas de coleta.

Destaca-se que para garantir o anonimato dos profissionais, bem como, respeitar o direito de retirarem o consentimento em participar do estudo, os instrumentos entregues respondidos e via do TCLE que destinava-se a ficar com o pesquisador, eram codificados com a letra correspondente a maternidade (A ou B), das iniciais da unidade e de número (de acordo com a ordem de entrega do instrumento), conforme exemplo: APP01 (maternidade A, pré-parto, profissional 1). Após codificação, o instrumento era colocado no envelope e grampeado e só foi aberto após a coleta de dados, sendo os mesmos guardados em local seguro. É importante

frisar que as vias do TCLE pertencentes ao pesquisador foram guardadas separadamente dos envelopes com os instrumentos.

#### 4.7 Tratamento e análise dos dados

Após a coleta de dados, foi realizado uma avaliação exploratória dos instrumentos para identificar e excluir aqueles que porventura poderiam apresentar respostas altamente assimétricas ou elevado número de respostas ausentes. Desta forma, seguindo as recomendações da AHRQ (2016) e de Reis (2013), deveriam ser excluídos os instrumentos nos quais os participantes responderam menos de uma seção inteira, menos da metade dos itens de todo o instrumento, em diferentes seções e que apresentassem a mesma resposta em todos os itens, denotando assim, que o participante não dispensou a atenção ao preenchimento do instrumento, uma vez que as seções contêm itens reversos, como explicado anteriormente. Porém, cabe destacar, que nenhum instrumento precisou ser excluído da análise por tais motivo, o que pode estar associado as explicações do pesquisador quanto a forma de responder o instrumento, bem como da importância da pesquisa.

Após a análise, como citado anteriormente, os instrumentos ainda foram revisados quanto à presença de respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. Em caso de respostas duplas, foi mantido a opção com maior escore. Quanto as respostas ilegíveis ou rasuradas, foram consideradas como informações ausentes na sentença. Em seguida os dados foram tabulados em uma planilha Microsoft Excel 2016, por dupla digitação, para posterior correção de inconsistências e validação dos dados. Após, os dados foram transferidos para o Software JASP versão 0.14.1.0.

Os dados foram submetidos a análise descritivas das variáveis categóricas e contínuas, e representados por frequência absoluta e relativa, além de média, desvio-padrão e intervalo de confiança. Inicialmente foram analisadas as variáveis sociodemográficas e profissionais dos sujeitos e, posteriormente, as variáveis de cada item que compõem cada uma das 12 dimensões da CSP. Os itens foram analisados de duas formas, a saber: frequências das respostas em cada um dos itens do questionário e após foi feita recategorização de cada dimensão e avaliadas conforme o total de frequências das respostas positivas, negativas e neutras.

As respostas foram então classificadas conforme recomenda Sorra et al., (2021):

- ✓ **Respostas positivas:** respostas onde foram assinaladas as opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para itens formulados de

forma positiva em relação à segurança do paciente, ou as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente.

- ✓ **Respostas neutras:** respostas onde foram assinaladas a opção 3 (nem concordo, nem discordo ou às vezes) para qualquer pergunta.
- ✓ **Respostas negativas:** respostas onde foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para itens formulados de forma positiva em relação à segurança do paciente, ou as opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas perguntas formuladas negativamente.

Na tabela 1, pode-se observar a explicação do cálculo das respostas negativas, neutras e positivas dos itens de uma dimensão com uma população de 100 profissionais. Destaca-se que os resultados abaixo são fictícios, utilizados apenas para fins didáticos.

**Tabela 1:** Exemplificação do cálculo dos percentuais de respostas negativas, neutras e positivas de um dos itens da dimensão Trabalho em equipe na unidade. Maceió-AL, 2021.

<b>ITEM: Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Frequência de respostas</b>	<b>Porcentagem de respostas</b>	<b>Porcentagens combinadas</b>
<b>1=Discordo totalmente</b>	5	5,0	15% negativas
<b>2=Discordo</b>	10	10,0	
<b>3= Não concordo e nem discordo</b>	5	5,0	5% neutras
<b>4= Concordo</b>	25	25,0	80% positivas
<b>5= Concordo totalmente</b>	55	55,0	
<b>Total</b>	100	100,0	

**Fonte:** Autor, 2021.

Para o cálculo dos percentuais de respostas negativas, neutras e positivas para cada dimensão, é necessário somar os percentuais de respostas dos itens da dimensão e dividir pelo total de itens avaliados na dimensão (SORRA, et al., 2021).

Na tabela 2, pode-se observar a explicação do cálculo das respostas negativas, neutras e positivas de uma dimensão com uma população de 100 profissionais. Destaca-se que os resultados abaixo são fictícios, utilizando apenas para fins didáticos.

**Tabela 2:** Exemplificação do cálculo dos percentuais de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão Trabalho em equipe na unidade. Maceió-AL, 2021.

ITENS DA DIMENSÃO	Negativa	Neutra	Positiva
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	15,0	5,0	80,0
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	8,2	6,0	85,8
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	10,0	12,0	78,0
Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	14,4	10,4	75,2
<b>Porcentagem média de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão</b>	<b>47,6/4=11,90</b>	<b>33,4/4=8,35</b>	<b>339/4=79,75</b>

Fonte: Autor, 2021.

A interpretação dos resultados dos percentuais de respostas obtidos nas dimensões, conforme Sorra, et al. (2021), dar-se da seguinte forma:

- ✓ **Áreas fortes para a cultura de segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de respostas positivas acima de 75%;
- ✓ **Áreas neutras para a cultura de segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de respostas positivas acima 50% e inferiores a 75%;
- ✓ **Áreas frágeis para a cultura de segurança do paciente:** dimensões que apresentaram percentuais de resposta positiva inferior a 50%.

Para responder aos objetivos do estudo, também foram calculados o valor do alfa de Cronbach das dimensões e dos itens que compõem a CSP. O alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento, onde o valor varia de 0 a 1 (CRONBACH, 1951; SOUZA; ALEXANDRE; GUIARDELLO, 2017).

Freitas e Rodrigues (2005), sugerem a classificação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach de acordo com os seguintes limites:

- ✓ A.  $\alpha \leq 0,30$  - Muito baixa;
- ✓ B.  $\alpha 0,30 < \alpha \leq 0,60$  - Baixa;
- ✓ C.  $\alpha 0,60 < \alpha \leq 0,75$  - Moderada;
- ✓ D.  $\alpha 0,75 < \alpha \leq 0,90$  - Alta;
- ✓ E.  $\alpha > 0,90$  - Muito alta.

Cabe aqui ressaltar que para garantir o anonimato das instituições, bem como dos profissionais e até mesmo para atender os objetivos do estudo, não foi realizada análise das dimensões por maternidade e nem por categoria profissional, sendo avaliados de forma geral nas duas maternidades e na perspectiva da equipe multiprofissional.

#### 4.8 Aspectos éticos e legais

Este projeto fundamentou-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, sendo submetido, após anuência das instituições hospitalares envolvidas (ANEXO B e C), juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para apreciação via Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O estudo obteve parecer favorável (número 4.297.880), sendo este o número de autorização do projeto CAAE 37473520.0.0000.5013 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes

Participaram deste estudo 318 profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde atuantes nas maternidade A e B. Ao analisar a idade destes profissionais, observou-se uma média de 41,7 anos, com desvio padrão de 8,5, com idade mínima de 23 anos e máxima de 65 anos. Ao categorizar a idade, 40,6% encontravam-se na faixa etária entre 40 a 49 anos. No que se refere ao sexo, 88,4% é do sexo feminino. No que tange ao cargo ou função exercida na instituição, a 77,9% corresponde aos profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Quanto ao grau de instrução, a maior parte dos respondentes afirmaram ter pós-graduação em nível de especialização (50,3%) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Características sociodemográficas da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de uma estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	281	88,4
Masculino	37	11,6
<b>Idade</b>		
20 a 29 anos	25	7,9
30 a 39 anos	104	32,7
40 a 49 anos	129	40,6
50 a 59 anos	56	17,6
60 a 69 anos	2	0,6
Ignorado	2	0,6
<b>Grau de Instrução</b>		
Ensino médio completo	46	14,5
Ensino superior incompleto	28	8,8
Ensino superior completo	53	16,7
Pós-graduação (Nível especialização)	160	50,3
Pós-graduação (Nível mestrado e doutorado)	29	9,1
Ignorado	2	0,6
<b>Cargo/função</b>		
Enfermeiro	72	22,6
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	176	55,3
Médico*	54	17,0
Fisioterapeuta	7	2,2
Fonoaudiólogo	1	0,3
Nutricionista	5	1,6
Assistente social	3	0,9

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** Médicos ginecologistas e obstetras, bem como os residentes da mesma especialidade.

Em relação ao tempo de trabalho na profissão, encontrou-se uma média de 14,5 anos, com desvio padrão 7,58. Quanto ao tempo de trabalho no hospital/maternidade, 29,9% atuavam há 21 anos ou mais no hospital. Já em relação ao tempo de trabalho na unidade atual, 29,9% relataram trabalhar em sua unidade entre 1 e 5 anos. Em relação a carga horária, 82,1% dos respondentes relataram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana (Tabela 4).

Quanto à unidade de trabalho, 31,4% afirmaram atuar nas enfermarias e Alojamento Conjunto. Destaca-se que 16% dos profissionais afirmaram trabalhar em diversas unidades da maternidade, característica dos profissionais médicos e muitos profissionais que devem atuar de forma interdisciplinar em diferentes setores de um ambiente de saúde, como nutricionistas e assistentes sociais (Tabela 4).

**Tabela 4:** Características de trabalho da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de trabalho na profissão</b>		
Até 5 anos	47	14,8
6 a 10 anos	48	15,1
11 a 15 anos	46	14,5
16 a 20 anos	108	34,0
21 anos ou mais	53	16,7
Ignorado	16	5,0
<b>Tempo de trabalho no hospital/maternidade</b>		
Menos de 1 ano	35	11,0
1 a 5 anos	83	26,1
6 a 10 anos	68	21,4
11 a 15 anos	24	7,5
16 a 20 anos	95	29,9
21 anos ou mais	10	3,1
Ignorado	3	0,9
<b>Tempo de trabalho na área/unidade de trabalho</b>		
Menos de 1 ano	38	11,9
1 a 5 anos	95	29,9
6 a 10 anos	70	22,0
11 a 15 anos	30	9,4
16 a 20 anos	76	23,9
21 anos ou mais	6	1,9
Ignorado	3	0,9
<b>Horas de trabalho por semana no hospital/maternidade</b>		
Menos de 20 horas por semana	2	0,6
20 a 39 horas por semana	261	82,1
40 a 59 horas por semana	31	9,7
60 a 79 horas por semana	18	5,7
80 a 99 horas por semana	2	0,6
Ignorado	4	1,3
<b>Sector de trabalho</b>		

Variáveis	N	%
ACR/PP/SP	82	25,8
Enfermarias e ALCON	100	31,4
Unidade de Terapia Intensiva	40	12,6
CC/CO	45	14,2
Diversos	51	16,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021;

**Legenda:** ACR= acolhimento com classificação de risco; PP= pré-parto; SP= sala de parto; ALCON= alojamento conjunto; CC= centro cirúrgico; CO= centro obstétrico.

## 5.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento HSOPSC

A análise da confiabilidade do questionário HSOPSC, foi realizada por meio do coeficiente do Alfa de Cronbach, que obteve um alfa de 0,89. Entre as 12 dimensões da CSP, este coeficiente variou entre 0,55 a 0,90 (Tabela 5).

**Tabela 5:** Coeficiente do Alfa de Cronbach do questionário HSOPSC por dimensão da cultura de segurança do paciente, aplicado em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

Grupo/categoria	Dimensões	Alfa de Cronbach
Unidade de trabalho	Trabalho em equipe dentro das unidades	0,73
	Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	0,76
	Aprendizado Organizacional- melhoria contínua	0,61
	Abertura para comunicação	0,64
	Feedback e comunicação a respeito do erro	0,75
	Respostas não punitivas aos erros	0,69
Hospital/maternidade	Adequação de pessoal	0,57
	Apoio da gestão para segurança do paciente	0,81
	Trabalho em equipe entre as unidades	0,70
Resultado	Passagem de plantão e/ou transferências internas	0,63
	Percepções gerais sobre segurança do paciente	0,55
	Frequência de notificação de eventos	0,90

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

## 5.3 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente

### 5.3.1 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente relativas à unidade de trabalho.

No que tange as dimensões da CSP relativas à unidade de trabalho, observa-se que a mesma é composta por 24 itens, que distribuídas, estão alocadas em 7 dimensões da CSP. Na

tabela 6 é possível observar o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada item, agrupados nas suas respectivas dimensões, além disso, pode-se observar a média de respostas, desvio padrão e o índice de confiança.

**Tabela 6:** Distribuição das respostas dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível da unidade, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

<b>Dimensão</b>	<b>Negativas n (%)</b>	<b>Neutras n (%)</b>	<b>Positivas n (%)</b>	<b>X* ± S** n</b>	<b>I.C. – 95%***</b>
<b>Trabalho em equipe dentro da unidade</b>					
A1-Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras. <sup>1</sup>	60 (19,0)	68 (21,5)	188 (59,5)	3,49 ± 1,04	[3,38; 3,61]
A3-Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente. <sup>2</sup>	46 (14,5)	60 (18,9)	212 (66,7)	3,71 ± 1,00	[3,59; 3,81]
A4-Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito. <sup>3</sup>	36 (11,4)	54 (17,0)	227 (71,6)	3,78 ± 0,97	[3,67; 3,89]
A11-Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam. <sup>1</sup>	133 (42,1)	53 (16,8)	130 (41,1)	2,88 ± 1,28	[2,73; 3,01]
<b>Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores</b>					
B1-O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. <sup>1</sup>	109 (34,5)	56 (17,7)	151 (47,8)	3,16 ± 1,20	[3,03; 3,29]
B2-O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente. <sup>3</sup>	65 (20,5)	66 (20,8)	186 (58,7)	3,43 ± 1,08	[3,31; 3,55]
B3-Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. <sup>3</sup>	23 (7,3)	64 (20,2)	230 (72,6)	3,85 ± 0,84	[3,76; 3,94]
B4-O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente. <sup>3</sup>	45 (14,2)	54 (17,0)	218 (68,8)	3,76 ± 1,02	[3,64; 3,87]
<b>Aprendizado organizacional- melhoria contínua</b>					
A6-Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. <sup>3</sup>	49 (15,5)	48 (15,1)	220 (69,4)	3,69 ± 0,96	[3,58; 3,79]
A9-Errou os tem levado a mudanças positivas por aqui. <sup>4</sup>	83 (26,6)	64 (20,5)	165 (52,9)	3,25 ± 1,03	[3,13; 3,36]
A13-Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade. <sup>5</sup>	66 (21,1)	82 (26,2)	165 (52,7)	3,34 ± 0,99	[3,22; 3,44]
<b>Abertura para comunicação</b>					
C2-Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. <sup>2</sup>	34 (10,8)	64 (20,1)	130 (69,2)	3,95 ± 1,10	[3,82; 4,07]

<b>Dimensão</b>	<b>Negativas n (%)</b>	<b>Neutras n (%)</b>	<b>Positivas n (%)</b>	<b>X* ± S** n</b>	<b>I.C. – 95%***</b>
C4-Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores. <sup>6</sup>	94 (29,8)	91 (28,9)	130 (41,3)	3,15 ± 1,12	[3,01; 3,28]
C6-Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo. <sup>3</sup>	42 (13,2)	110 (34,7)	165 (52,1)	3,57 ± 1,04	[3,45; 3,68]
<b>Feedback e comunicação a respeito do erro</b>					
C1-Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos. <sup>3</sup>	110 (34,7)	103 (32,5)	104 (32,8)	2,95 ± 1,21	[2,82; 3,08]
C3-Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade. <sup>2</sup>	112 (35,2)	99 (31,1)	107 (33,6)	3,01 ± 1,20	[2,87; 3,14]
C5-Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente. <sup>1</sup>	103 (32,6)	77 (24,4)	136 (43,0)	3,19 ± 1,23	[3,06; 3,34]
<b>Respostas não punitivas aos erros</b>					
A8-Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. <sup>3</sup>	200 (63,1)	53 (16,7)	64 (20,2)	2,45 ± 1,09	[2,33; 2,57]
A12-Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. <sup>5</sup>	164 (52,4)	68 (21,7)	81 (25,9)	2,62 ± 1,13	[2,49; 2,75]
A16-Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. <sup>7</sup>	188 (59,9)	68 (21,7)	58 (18,5)	2,49 ± 1,04	[2,37; 2,60]
<b>Adequação de pessoal</b>					
A2-Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho. <sup>3</sup>	173 (54,6)	25 (7,9)	119 (37,5)	2,72 ± 1,33	[2,58; 2,87]
A5-Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. <sup>3</sup>	87 (27,4)	66(20,8%)	164 (51,7)	3,36 ± 1,18	[3,23; 3,48]
A7-Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. <sup>1</sup>	58 (18,4)	44 (13,9)	214 (67,7)	3,59 ± 1,05	[3,47; 3,70]
A14-Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido. <sup>6</sup>	131 (41,6)	80 (25,4)	104 (33,0)	2,91 ± 1,05	[2,79; 3,02]

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** 1=(n=316); 2=(n=318); 3=(n=317); 4=(n=312); 5=(n=313); 6=(n=315); 7=(n=314); \*Média; \*\*= Desvio padrão; \*\*\*= Intervalo de confiança bootstrap.

Na dimensão “**Trabalho em equipe dentro da unidade**” o item A4 (Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito) obteve 71,6% de respostas positivas (X= 3,78 e S= 0,97), sendo a melhor avaliada. Já com relação ao item com o menor percentual de respostas positivas, observa-se que o item A11 (Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam) teve apenas 41,1% das respostas positivas (X= 2,88 e S= 1,28).

Na dimensão “**Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores**”, o item B3R (Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que

trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”) recebeu o percentual mais alto de respostas positivas, com 72,6% ( $X= 3,85$  e  $S= 0,84$ ). Já o item B1 (O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente), recebeu o menor percentual de respostas positivas, com 47,8% ( $X=3,16$  e  $S= 1,20$ ).

A dimensão “**Aprendizado organizacional - melhoria contínua**” teve no seu item A6 (Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente) o maior percentual de respostas positivas 69,9% ( $X= 3,69$  e  $S= 0,99$ ). Enquanto que o item A13 (Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade) obteve o menor percentual de respostas positivas, com 52,7% ( $X=3,34$  e  $S= 0,99$ ).

Observa-se na dimensão “**Abertura para comunicação**”, que o item C2 (Os profissionais - independente do vínculo empregatício - têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente) obteve o maior percentual de respostas positivas, com 69,9% ( $X= 3,95$  e  $S= 1,10$ ). O item C4 (Os profissionais - independente do vínculo empregatício - sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores) recebeu o menor percentual de respostas positivas, com 41,3% ( $X= 3,15$  e  $S= 1,12$ ).

Na dimensão “**Feedback e comunicação a respeito do erro**” o item C5 (Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente) recebeu o maior percentual de respostas positivas, com 43,0% ( $X= 3,19$  e  $S= 1,23$ ). Com relação ao item que recebeu o menor percentual de respostas positivas, tem-se o item C1 (Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos), que recebeu 32,8% ( $X= 2,95$  e  $S= 1,21$ ).

No que tange a dimensão “**Resposta não punitivas aos erros**”, o item A12R (Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema) obteve o maior percentual de respostas positivas, 25,9% ( $X= 2,62$  e  $S= 1,13$ ). O item A16R (Os profissionais - independente do vínculo empregatício - se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais) obteve o menor percentual de respostas positivas, 18,5% ( $X= 2,49$  e  $S= 1,04$ ).

Por fim, na dimensão “**Adequação de pessoal**” o item A7R (Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente) obteve o maior percentual de respostas positivas, com 67,7% ( $X= 3,59$  e  $S= 1,05$ ). O item que recebeu o menor percentual de respostas positivas foi o A14R (Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido), com 33,0% de respostas positivas ( $X= 2,91$  e  $S= 1,05$ ).

### 5.3.2 Avaliação dos itens que compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente relativas ao hospital/maternidade

No que se refere as dimensões da CSP relativas ao hospital/maternidade, observa-se que a mesma é composta por 12 itens, que distribuídas, estão alocadas em 3 dimensões da CSP. Na tabela 7 é possível observar o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada item, agrupados nas suas respectivas dimensões, além disso, pode-se observar a média de respostas, desvio padrão e o índice de confiança.

**Tabela 7:** Distribuição das respostas dos itens compõem as dimensões da cultura de segurança do paciente a nível do hospital/maternidade, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

Dimensão	Negativas n (%)	Neutras n (%)	Positivas n (%)	X* ± S** n	I.C. – 95%***
<b>Apoio da gestão para segurança do paciente</b>					
F1-A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente. <sup>1</sup>	83 (26,7)	114 (36,7)	114 (36,7)	3,05 ± 1,01	[2,95; 3,17]
F8-As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente e uma prioridade principal. <sup>2</sup>	89 (29,3)	100 (32,9)	115 (37,8)	3,10 ± 1,01	[2,98; 3,21]
F9-A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso. <sup>3</sup>	109 (35,6)	69 (22,5)	128 (41,8)	3,06 ± 1,08	[2,94; 3,18]
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>					
F2-As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si. <sup>4</sup>	146 (47,1)	80 (25,8)	84 (27,1)	2,74 ± 1,08	[2,62; 2,87]
F4-Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto. <sup>5</sup>	149 (47,5)	82 (26,1)	83 (26,4)	2,67 ± 1,05	[2,56; 2,79]
F6-Muitas vezes e desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. <sup>4</sup>	107 (34,5)	65 (21,0)	138(44,5)	3,09 ± 1,17	[2,95; 3,21]
F10-As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes. <sup>6</sup>	113 (36,7)	80 (26,0)	115(37,3)	2,99 ± 1,05	[2,87; 3,10]
<b>Passagem de plantão e/ou transferências internas</b>					
F3-O processo de cuidado e comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. <sup>7</sup>	131 (42,0)	65 (20,8)	116 (37,2)	2,91 ± 1,10	[2,78; 3,03]
F5-E comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno. <sup>1</sup>	113 (36,3)	61 (19,6)	137 (44,1)	3,11 ± 1,13	[2,99; 3,24]

<b>Dimensão</b>	<b>Negativas n (%)</b>	<b>Neutras n (%)</b>	<b>Positivas n (%)</b>	<b>X* ± S** n</b>	<b>I.C. – 95%***</b>
F7-Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital. <sup>8</sup>	123 (40,9)	77 (25,6)	101 (33,6)	2,89 ± 1,01	[2,77; 3,00]
F11-Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes. <sup>9</sup>	65 (21,0)	58 (18,8)	186 (60,2)	3,49 ± 1,08	[3,36; 3,61]

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** 1=(n=311); 2=(n=304); 3=(n=306); 4=(n=310); 5=(n=314); 6=(n=308); 7=(n=312); 8=(n=301); 9=(n=309); \*Média; \*\*= Desvio padrão; \*\*\*= Intervalo de confiança bootstrap.

Frente à dimensão “**Apoio da gestão para segurança do paciente**”, o item F9R (A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso) recebeu o maior percentual de respostas positivas, com 41,8% (X= 3,06 e S=1,08). Já o item F1(A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente) obteve o menor percentual de respostas positivas, com 36,7% (X=3,05 e S= 1,01).

Na dimensão “**Trabalho em equipe entre as unidades**”, o item F6R (Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais - independente do vínculo empregatício - de outras unidades do hospital) recebeu o maior percentual de respostas positivas, com 44,5% (X= 3,09 e S= 1,17). Já o item F2R (As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si) obteve o menor percentual de respostas positivas da dimensão, com 27,1% (X= 2,74 e S= 1,08).

Na dimensão “**Passagem de plantão e/ou transferências internas**”, o item F11R (Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes) tem-se 60,2% das respostas positivas, (X= 3,49 e S= 1,08), obtendo o percentual mais alto da dimensão. Enquanto que o item F7R (“Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital”) obteve o menor percentual de respostas positivas, com 33,6% (X= 2,89 e S= 1,01).

### 5.3.3 Avaliação dos itens que compõem as dimensões relativas aos resultados da cultura de segurança do paciente

No que se refere as dimensões de resultados da cultura de segurança do paciente, observa-se que a mesma é composta por 7 itens, que distribuídas, estão alocadas em 2 dimensões. Na tabela 8 é possível observar o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada item, agrupados nas suas respectivas dimensões, além disso, pode-se observar a média de respostas, desvio padrão e o índice de confiança.

**Tabela 8:** Distribuição das respostas dos itens compõem as dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

<b>Dimensão</b>	<b>Negativas n (%)</b>	<b>Neutras n (%)</b>	<b>Positivas n (%)</b>	<b>X* ± S** N</b>	<b>I.C. – 95%***</b>
<b>Percepções gerais sobre segurança do paciente</b>					
A10-E apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui. <sup>1</sup>	62 (20,4)	59 (19,4)	183(60,2)	3,55 ± 1,07	[3,43; 3,66]
A15-A segurança do paciente jamais e comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. <sup>2</sup>	174 (55,1)	54 (17,1)	88 (27,8)	2,59 ± 1,13	[2,46; 2,71]
A17-Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente. <sup>3</sup>	193 (61,5)	52 (16,6)	69 (22,0)	2,48 ± 1,10	[2,36; 2,61]
A18-Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. <sup>4</sup>	124 (39,1)	91 (28,7)	102 (32,2)	2,88 ± 1,07	[2,77; 3,00]
<b>Frequência da notificação de eventos</b>					
D1-Quando ocorre um erro, mas ele e percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele e notificado? <sup>5</sup>	160 (51,3)	65 (20,8)	87 (27,9)	2,68 ± 1,32	[2,54; 2,83]
D2-Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele e notificado? <sup>6</sup>	166 (53,7)	63 (20,4)	80 (25,9)	2,64 ± 1,28	[2,49; 2,78]
D3-Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele e notificado? <sup>7</sup>	123 (40,1)	78 (25,4)	106 (34,5)	2,96 ± 1,34	[2,81; 3,11]

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** 1=(n=304); 2=(n=316); 3=(n=314); 4=(n=317); 5=(n=312); 6=(n=309); 7=(n=307); \*Média; \*\*= Desvio padrão; \*\*\*= Intervalo de confiança bootstrap.

Quanto à dimensão “**Percepções gerais sobre segurança do paciente**” o item A10R (É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui) teve um percentual de respostas positivas com 60,2% (X= 3,55 e S= 1,07), obtendo a melhor avaliação da dimensão. Já o item que recebeu o menor percentual de respostas positivas foi o A17R (Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente), com 22,0% (X= 2,48 e S= 1,10).

Na dimensão “**Frequência de notificação de eventos**” o item D3 (Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?) obteve 34,5% das respostas positivas (X= 2,96 e S= 1,34), sendo considerada a melhor avaliada. Enquanto que o item que recebeu o menor percentual de respostas positivas foi o item D2 (Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?), que obteve 25,9% (X= 2,94 (± 1,28).

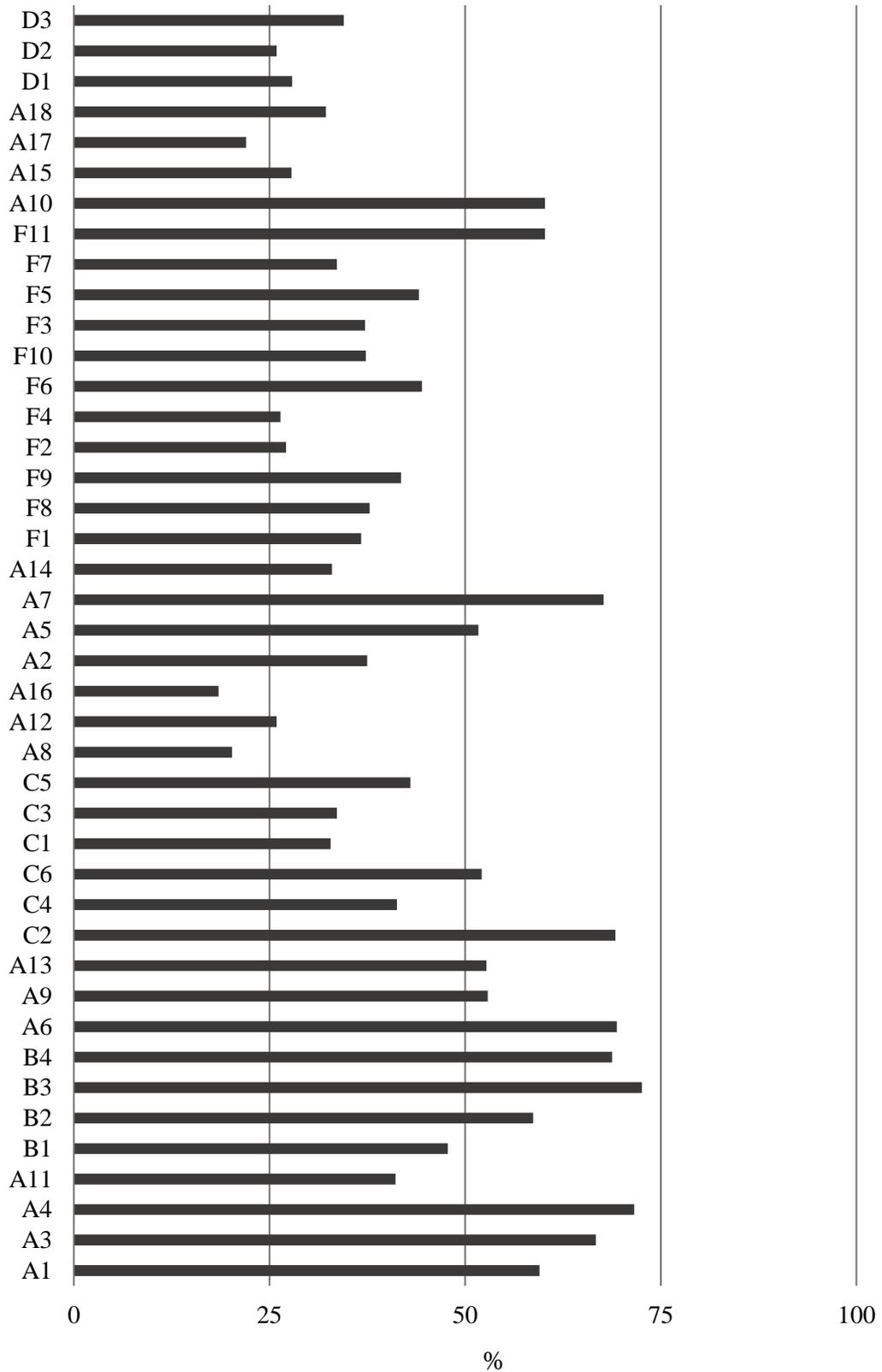
### *5.3.4 Percentual das respostas positivas dos itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.*

O gráfico 1 sumariza o percentual de respostas positivas para cada item das 12 dimensões da CSP. Na presente pesquisa, dos 42 itens das dimensões do instrumento, 15 situaram-se na delimitação de 50% ou mais de respostas positivas e desses, apenas 2 obtiveram 70% ou mais de respostas positivas.

As melhores avaliações foram feitas nos itens: B3- Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” (72,6%), é importante frisar que por ser um item reverso, tal percentual denota que mesmo que a pressão aumente no ambiente de trabalho, os supervisores/chefes não orientam que os profissionais pulsem etapas para prestarem cuidados aos pacientes; A4- Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito (71,6%); A6- Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (69,4%); C2- Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente (69,2%); e B4- O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (68,8%), destaca-se que este item é reverso, e seu resultado denotado que na perspectiva dos profissionais das maternidades, seus supervisores/chefes, dão atenção aos problemas de segurança do paciente.

As piores avaliações foram nos itens: A16-Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (18,5%); A8- Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles (20,2%); A17- Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (22,0%); A12- Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (25,9%); D2- Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado (25,9%).

**Gráfico 1:** Distribuição do percentual (%) das respostas positivas dos itens\* que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** \*= itens descritos nas tabelas 6,7 e 8.

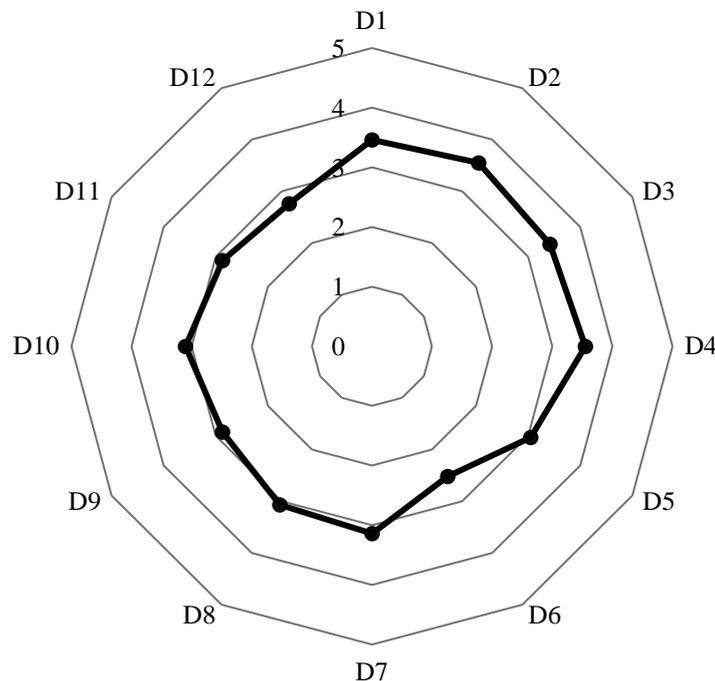
#### 5.4 Avaliação da Cultura de segurança do paciente por dimensão

A seguir serão apresentadas as avaliações realizadas no que se refere as dimensões, sendo analisadas da seguinte forma: média de respostas das dimensões da cultura de segurança do paciente e percentual das respostas negativas, neutras e positivas de cada dimensão da cultura de segurança do paciente.

##### 5.4.1 Média de respostas das dimensões da cultura de segurança do paciente

O gráfico 2 é do tipo radar e nele consta as médias dos indicadores das dimensões da cultura de segurança do paciente levantadas a partir da análise das tabelas 6, 7 e 8.

**Gráfico 2:** Média (X) de respostas das 12 dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

**Legenda:** D1= Trabalho em equipe dentro da unidade; D2= Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores; D3= Aprendizado organizacional-melhoria contínua; D4= Abertura para comunicação; D5= Feedback e comunicação a respeito do erro; D6= Respostas não punitiva aos erros; D7= Adequação de pessoal; D8= Apoio da gestão para a segurança do paciente; D9= Trabalho em equipe entre as unidades; D10= Passagem de plantão e/ou transferências internas; D11= Percepções gerais sobre segurança do paciente; D12= Frequência da notificação de eventos.

Observa-se no gráfico 2, que as dimensões com as maiores médias foram: Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores ( $X= 3,55$ ); Aprendizado organizacional – melhoria contínua ( $X= 3,55$ ); e Trabalho em equipe dentro da unidade ( $X= 3,46$ ). Observou-se que dimensões Respostas não punitivas aos erros ( $X= 2,52$ ) e Frequência de notificação de eventos ( $X= 2,76$ ). obtiveram as menores médias (Gráfico 1).

#### 5.4.2 Percentual das respostas negativas, neutras e positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente

Após o agrupamento dos itens correspondentes a cada dimensão da cultura de segurança do paciente, foram estabelecidas as médias percentuais de respostas positivas, neutras e negativas de cada uma das dimensões da cultura de segurança do paciente segundo HSOPSC (tabela 9).

**Tabela 9:** Distribuição das respostas negativas, neutras e positivas, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

DIMENSÃO	NEGATIVA (%)	NEUTRA (%)	POSITIVA (%)
Trabalho em equipe dentro da unidade	21,8	18,6	59,7
Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	19,1	18,9	62,0
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	20,8	19,6	59,7
Abertura para comunicação	24,3	30,8	44,9
Feedback e comunicação a respeito do erro	34,2	29,3	36,5
Respostas não punitiva aos erros	58,5	20,0	21,5
Adequação de pessoal	35,5	17,0	47,5
Apoio da gestão para a segurança do paciente	30,5	30,7	38,8
Trabalho em equipe entre as unidades	41,5	24,7	33,8
Passagem de plantão e/ou transferências internas	35,1	21,2	43,8
Percepções gerais sobre segurança do paciente	44,0	20,5	35,6
Frequência da notificação de eventos	48,4	22,2	29,4

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

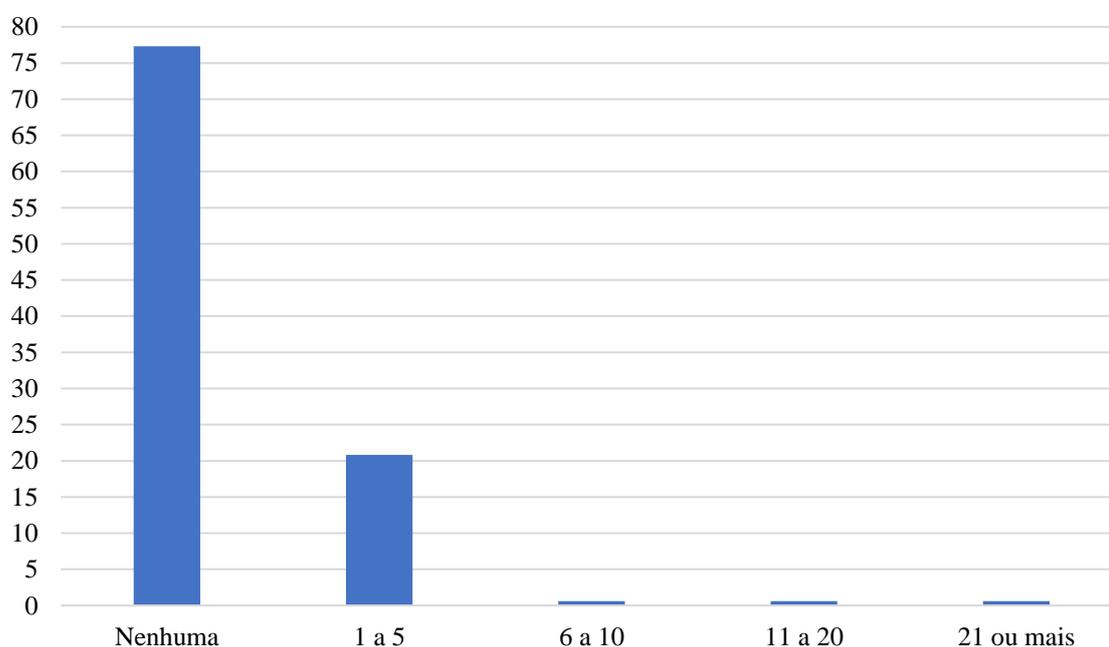
Conforme dados apresentados na tabela 9, pode-se inferir que ao avaliar as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente nas maternidades em estudo, nenhuma foi considerada como área de força. Observa-se ainda que apenas 3 dimensões receberam mais de 50% de respostas positivas, a saber: Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores (62,0%), Trabalho em equipe dentro da unidade e Aprendizado organizacional-melhoria contínua, ambas com 59,7% de respostas positivas.

Com relação as dimensões com percentuais de respostas positivas menor que 50%, tem-se 9 dimensões, sendo que as dimensões Respostas não punitiva aos erros (21,5%), Frequência da notificação de eventos (29,4%) e Trabalho em equipe entre as unidades (33,8%) receberam os menores percentuais de respostas positivas, o que denota que são as dimensões mais frágeis para a cultura de segurança do paciente nas maternidades.

### 5.5 Notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses

Ao avaliar o número de notificação de eventos adversos realizada nos últimos 12 meses pelos profissionais da equipe multiprofissional de saúde atuantes nas maternidades em estudo, observa-se que do total de respondentes, 77,3% (n=238) não realizou nenhuma notificação e 20,8% (n=64) realizou entre 1 e 5 notificações de eventos adversos (Gráfico 3).

**Gráfico 3:** Distribuição do número de eventos notificados nos últimos 12 meses, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.

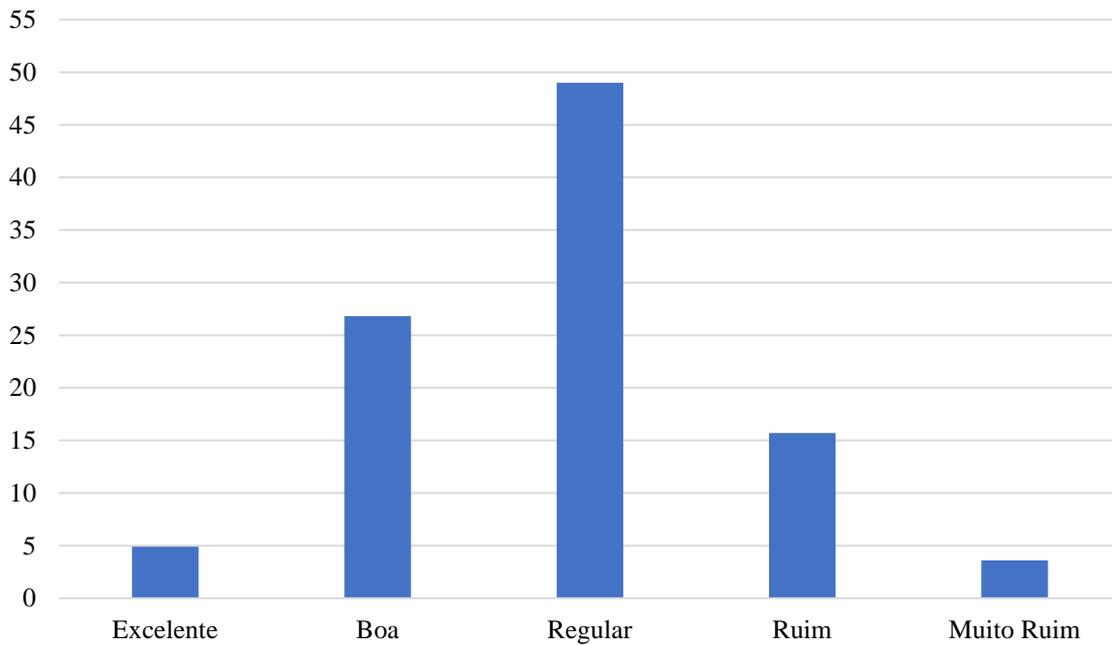


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

### 5.6 Nota de segurança do paciente

A nota de segurança do paciente foi avaliada através das respostas ao item único da seção E, mensurado por uma escala de cinco pontos, que varia de muito ruim (1) a excelente (5). Ao analisar a nota atribuída pelos profissionais de forma geral, observamos que, 49,0% (n=150) percebe a segurança como regular e 26,8% (n=82) como boa (Gráfico 4).

**Gráfico 4:** Distribuição da nota de segurança do paciente atribuída a unidade de trabalho, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil. Maceió-AL, 2021.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

## 6. DISCUSSÃO

De acordo com as **características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde** dos participantes do estudo, esta foi majoritariamente composta pelo sexo feminino, o que justifica-se pelo fato de que ao menos 65% dos profissionais de saúde, tanto do setor público, quanto do setor privado, são mulheres. Em algumas profissões, a exemplo do serviço social, nutrição, psicologia, o percentual de mulheres ultrapassam 90% de participação (CONASEMS, 2020). Em outras, como a enfermagem, estão com percentuais acima de 85% em nível nacional e no estado de Alagoas acima de 88% (COFEN, 2017). Os estudos de Félix e Filipin (2020) e Mucelini, et al. (2021), obtiveram resultados semelhantes ao deste estudo, pois em seus estudos, encontraram que o maior número de profissionais atuantes nos serviços onde os estudos foram realizados se refere a equipe de enfermagem.

Os profissionais que participaram do estudo nas maternidades pesquisadas apresentavam idade média de 41,7 anos, variando de 23 anos a 65 anos. Tais resultados se aproximam dos encontrados por Cavalcante (2017) em estudo realizado em hospital de ensino do Piauí, com idade média de 45,5, variando de 24 a 71 anos. Tal resultado pode estar associado ao fato de que as instituições de saúde a qual este estudo foi realizado pertencente a instituições de ensino, uma gerida pela Governo Federal e a outra pelo Governo Estadual, o que garante estabilidade no trabalho, visto que a maioria dos profissionais atuam em caráter estatutário. No que se refere aos profissionais mais jovens, visto que a mínima de idade foi 23 anos, pode estar associado ao fato de que recentemente foi realizado processo seletivo por tempo determinado, para atender a necessidade relacionado a COVID-19, pois muitos profissionais estatutários tiveram que se ausentar dos serviços, seja por ter idade superior a 60 anos ou por ter alguma comorbidade prévia.

Observou-se que a maioria dos participantes possuem pós-graduação em nível de especialização, seguido de profissionais com ensino superior completo, corroborando com os achados do estudo de Carmo, et al. (2020). Este resultado pode estar associado, pelo fato de as instituições pesquisadas serem maternidades de ensino ligadas a Universidades, além disso pelo crescente aumento da procura por cursos de graduação e pós-graduação, afins de melhor posicionamento no mercado de trabalho. Infere-se ainda que esses profissionais possam contribuir para o desenvolvimento de uma CSP, tendo em vista que a formação acadêmica contribui para instrumentalização do profissional de saúde para atuação crítica, com raciocínio clínico e reflexivo.

Pôde-se observar que a maioria dos profissionais pertencia à equipe de enfermagem, notadamente pela categoria de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Esse perfil é compatível com a realidade local, na qual o maior contingente de trabalhadores de enfermagem nos hospitais é composto por auxiliares e técnicos de enfermagem. Segundo dados do COFEN, do universo total de 19.152 inscritos no estado de Alagoas, em 2017, 15.074 (78,7%) eram auxiliares e técnicos de enfermagem e 4.078 (21,3%) eram Enfermeiros (COFEN, 2017). Estudos sobre SP realizados no Brasil, em diversos cenários no âmbito hospitalar, mediante a aplicação do HSOPSC, também apontam essa realidade no que se refere ao percentual de trabalhadores de enfermagem (GALVÃO, et al., 2018; SANTOS, et al., 2019; SERRANO, et al., 2019; NOTARO, et al., 2019).

No que se refere as características profissionais dos participantes deste estudo, os resultados apontam que os profissionais têm experiência profissional e tempo de serviço, o que possibilita conhecer a CSP nas maternidades e de sua unidade de atuação, além de trabalharem em uma jornada de trabalho conforme legislações trabalhistas vigentes. Sabe-se que, quando a jornada de trabalho é excessiva, o cuidado não é prestado com qualidade, o que pode gerar EA e afetar a SP (TST, 2021).

Para avaliar a **confiabilidade do instrumento HSOPSC**, foi realizado o cálculo do coeficiente do Alfa de Cronbach, que teve o valor geral do coeficiente de 0,89; entre as 12 dimensões da CSP, este coeficiente variou entre 0,57 a 0,90. Valores semelhantes foram encontrados em outros estudos utilizando o mesmo instrumento, demonstrando a confiabilidade do HSOPSC para avaliação da CSP (NOTARO, et al., 2019; SERRANO, et al., 2019; CAMPELO, et al., 2021).

É importante compreender que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Pequeno número de itens por domínio pode diminuir os valores de alfa, afetando a consistência interna (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A evidência aponta que valores menores de alfa de Cronbach são esperados quando se utiliza constructos de escalas psicométricas, devido a diversidade dos itens que geralmente estas escalas buscam medir (BOWLING, 2002 apud, CORONA, 2017).

Quanto a **avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente**, os resultados encontrados nesta pesquisa, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde das maternidades, demonstraram uma cultura de segurança com áreas neutras e frágeis na maioria das dimensões da CSP, não sendo identificado nenhuma dimensão como área de força, por não ter apresentado percentuais de respostas positivas igual ou maior que 75%. Esse resultado

representa que a cultura de segurança não está integralmente instituída nas maternidades avaliadas, o que pode pressupor a necessidade de melhorias e uma apropriação da CSP. Este resultado foi semelhante a outros estudos nacionais e internacionais que avaliaram a CSP em serviços de atenção materno-infantil e em outras áreas, e que não obtiveram nenhuma dimensão classificada como área de força (AKBARI, et al., 2017; HEFNER; HILLIGOSS; KNUPP et al., 2017; GALVÃO, et al., 2018; SERRANO, et al., 2019; SILVA, et al., 2020; NICÁCIO, et al., 2020; FÉLIX; FILIPPIN, 2020; SILVA, et al., 2021; MOHAMMED; TADDELE; GUALU, 2021).

Apesar de nenhuma dimensão avaliada neste estudo, ter sido considerada como área forte para a CSP, destaca-se as dimensões que foram avaliadas com os maiores percentuais de respostas positivas, no entanto, sendo consideradas neutras, pois não alcançaram 75% ou mais de respostas positivas, a saber: expectativas e ações do supervisor para segurança do paciente, trabalho em equipe na unidade, aprendizado organizacional-melhoria contínua e abertura para as comunicações. As outras oito dimensões foram consideradas como frágeis, sendo elas: staffing-adequação de pessoal, transferências e passagem de plantão, apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, Feedback e comunicação sobre os erros, percepção geral de segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades, frequência de eventos relatados e respostas não punitiva aos erros.

No que tange à dimensão **“Trabalho em equipe dentro da unidade”**, observou-se um percentual de 59,7% de respostas positivas, sendo a segunda dimensão melhor avaliada. Com base na análise dos 4 itens que compõem esta dimensão, destaca-se que todos os itens receberam percentuais de respostas positivas acima de 50%, denotando que a maioria dos profissionais participantes do estudo acreditam que nas maternidades os profissionais se tratam com respeito e apoiam uns aos outros, além de que quando há muito trabalho a ser realizado, trabalham juntos para concluí-lo, acreditam ainda que é necessário que quando uma área da unidade/ maternidade fica sobrecarregada, que os profissionais se ajudem. Outros estudos também identificaram bons resultados para essa dimensão, embora não sendo considerado uma área forte para CSP (AKBARI et al., 2017; FARZI et al., 2017; TEREANU et al., 2017; MOTA, 2018; TELES et al., 2019).

O trabalho em equipe é uma ferramenta do processo de trabalho em saúde e requer de todos os membros a composição de um conjunto de instrumentos para construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais estimulando os vínculos. Quando acontece o trabalho em equipe na área da saúde isso contribui grandemente para os profissionais quanto para a assistência prestada aos pacientes (LACCORT; OLIVIERA, 2017).

Destaca-se ainda que na área da saúde, o trabalho em equipe é uma atividade primordial e que deve ser estimulado pelas instituições e por suas lideranças, bem como pelos gestores. O cuidado ao ser humano trata-se de um ato complexo e, por isso, requer o engajamento e envolvimento de saberes e práticas das mais diversas categorias profissionais as equipes de saúde, assim como do que pode ser produzido quando essas profissões estão interligadas, interagindo, dialogando e compartilhando conhecimentos, o que certamente irá implicar em novas formas de prestar o cuidado que interfira efetivamente na saúde dos seres humanos (DODOU, et al., 2017). Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional com foco interdisciplinar favorece a garantia de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, além de corroborar com o conceito ampliado de saúde. É imprescindível que os gestores e as próprias equipes multiprofissionais valorizem o trabalho de cada especialidade e priorizem a comunicação e a construção de estratégias entre setores e serviços realizados em equipe para garantia de uma assistência à saúde integral e eficaz (SILVA, et al., 2021).

No trabalho em saúde, que se caracteriza por peculiaridades importantes, a execução de trabalho em equipe tem fundamental importância para a assistência adequada, uma vez que para proporcionar qualidade e eficiência no atendimento prestado, é fundamental a concepção coletiva do trabalho, do qual se espera eficiência superior a alcançada por ações individualizadas estanques (NEVES, et al., 2021).

Com relação à dimensão **“Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores”**, foi a dimensão que recebeu o melhor percentual de respostas positivas, embora não seja considerada uma área forte para a CSP. Esse resultado corrobora com um estudo realizado em um hospital geral da Bulgária, e com outro estudo realizado com profissionais que atuavam exclusivamente nos serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia de um hospital universitário da Lituânia, que encontrou percentuais de respostas positivas semelhantes ao encontrado neste estudo (REBELIENE, et al., 2018; STOYANOVA, et al., 2021).

Ao analisar os 4 itens que compõem a dimensão, pode-se inferir que os supervisores levam em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da SP e dão atenção suficiente aos problemas que acontecem repetidamente, além disso, é importante destacar que os supervisores não orientam a “pular etapas” do processo de cuidado em função de maior demanda de trabalho nas unidades. Porém é importante frisar que os supervisores necessitam elogiar os profissionais quando eles trabalham de acordo com os procedimentos estabelecidos para melhorar a SP, reconhecendo assim, o trabalho executado com qualidade.

O enaltecimento da SP e da implantação de medidas para essa finalidade devem ser prioridade da equipe multiprofissional de saúde e principalmente dos profissionais que ocupam cargos de chefia e lideranças, com o objetivo de que os resultados positivos sejam demonstrados nos processos de trabalho no âmbito da SP. As instituições de saúde devem procurar formas que possam contribuir com a análise dos seus processos de trabalho, priorizando a SP por meio de boas condições estruturais de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas existentes a fim de minimizá-los e evitá-los quando possível (COSTA, et al., 2018).

É importante que haja nas instituições de saúde, lideranças e gestores comprometidos com a melhoria contínua da qualidade do cuidado, na qual o desenvolvimento e a promoção da CSP esteja no centro do planejamento estratégico da instituição, o que direciona os processos de trabalho e, conseqüentemente, resultados assistenciais positivos (LEMOS, et al., 2018; FILHO, et al., 2021).

A dimensão “**Aprendizado organizacional-melhoria contínua**”, é considerada neutra para a CSP. Embora esta dimensão não tenha sido avaliada como forte, os profissionais acreditam que estão ativamente fazendo coisas para melhorar a SP e que os erros têm levado a mudanças positivas, além disso, após implementar mudanças para melhorar a SP, eles avaliam a efetividade. Esta dimensão é composta por 3 itens e os mesmos receberam percentuais de respostas positivas que variam de 52,7% a 69,4%. Diante disto, esta dimensão tem potencialidades para se tornar uma dimensão forte para a CSP. Destaca-se que o resultado geral desta dimensão, corroborada com vários estudos nacionais que utilizaram o HSOPSC em diferentes cenários (TOBIAS, et al., 2016; SERRANO, et al., 2019).

As instituições de saúde devem lançar estratégias de melhorias no que se refere ao aprendizado organizacional no tocante a SP e em especial aos EA, e uma delas é a educação permanente. A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho. O profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de EA está progredindo para uma CSP. (WEGNER, et al., 2016).

Observa-se que a atual inclusão dos NSP nas instituições prestadoras de cuidados tem proporcionado ambientes de discussões, reivindicações e divulgação da CSP. Isso tem permitido aos serviços e gestão uma revisão periódica dos processos de trabalho, a qualificação das práticas assistenciais e a busca de melhorias nos serviços de saúde, inclusive com capacitação de estudantes para inserirem-se nos cenários de prática (CAUDURO, et al., 2019).

A dimensão “**Abertura para comunicação**”, foi considerada uma área frágil para a CSP. No que se refere a análise dos três itens que compõem esta dimensão, observou-se que os

profissionais tinham liberdade para dizer algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente e que não tem receio de perguntar algo que parece não estar certo, porém não se sentem à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores. Nesta direção, apesar da pouca expressividade, sugere que a comunicação livre/aberta não é uma prática comum dos líderes, já que os profissionais não se sentem à vontade, para questionar as decisões de seus superiores hierárquicos.

O ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamento numa troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos (MASSOCO; MELLEIRO, 2015). Aprimorar os processos de trabalho por meio da comunicação efetiva é ferramenta importante no combate a falhas e deve ser incentivada para o alcance da qualidade da assistência e SP (CAMPELO, et al., 2021). A execução consistente de uma comunicação bem-sucedida requer uma excelente capacidade de escuta, excelente apoio administrativo, e compromisso coletivo de ultrapassar a hierarquia tradicional e os estereótipos profissionais (LIPPKE, et al., 2019).

Uma organização institucional acessível ao diálogo sobre segurança propõe liberdade aos profissionais para identificar e prevenir problemas que poderiam resultar em cuidados perdidos ou atrasados. Acredita-se que uma gestão empenhada na promoção da segurança facilita a comunicação entre a equipe (SILVA, et al., 2021). É também essencial que as gerências de saúde assumam uma postura de comprometimento incentivando as equipes a verbalizar suas preocupações relacionadas à SP e dos próprios profissionais de saúde. Além disso, a formação de futuros profissionais de saúde deve promover espaços de diálogos referentes a atitudes seguras nos diferentes contextos de trabalho, focando na promoção e na prevenção de erros relacionados à assistência à saúde (MASSAROLI, et al., 2021).

O desenvolvimento de qualquer atividade profissional precisa de diferentes tipos de conhecimentos, habilidades, maior ou menor nível de formação e qualificação que contribuam para o exercício de suas funções, qualificando entre outros aspectos o processo de comunicação (MACEDO, et al., 2020). Os profissionais da área da saúde precisam desenvolver a competência de comunicação e confiança, livres de percepções de inferioridade em relação a outra categoria profissional, de modo que possam dialogar com as diferentes áreas, em distintas situações que possam colocar em risco a SP. No âmbito obstétrico, vislumbra-se que posturas de comunicação franca, qualificada e de escuta ativa, além do trabalho em equipe, certamente podem repercutir em práticas de assistência consistentes e com favorecimento a qualidade do cuidado e segurança da mulher e do neonato (NEVES, et al., 2021).

No tocante a dimensão “**Feedback e comunicação a respeito do erro**”, encontrou-se um baixo percentual de respostas positivas. Esse dado corrobora com um estudo realizado em uma maternidade pública de Fortaleza-CE, e que encontrou baixo percentual de respostas positivas para esta dimensão (BARRILAS, et al., 2021). Porém, vai de encontro aos resultados de um estudo realizado com profissionais de um centro obstétrico e internação obstétrica de um hospital universitário, que encontrou melhores percentuais de respostas positivas (PEDRONI, et al., 2020).

Ao analisar os percentuais de respostas positivas dos 3 itens que compõem esta dimensão, observa-se que os profissionais não recebem informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos e não são informados sobre os erros que acontecem nas unidades, e nem discutem meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam. Diante disto, infere-se que deve haver o retorno das informações e comunicações dos erros dentro do setor de trabalho, a fim de alertar os profissionais para que seja discutida a prevenção de possíveis futuros erros. Assim, para avançar na promoção de uma CSP forte é necessário trabalhar o aperfeiçoamento do retorno das informações e incentivando a notificação de eventos.

Se houver, simplesmente, o arquivamento dos dados coletados no sistema de notificação interno da instituição, sem o devido tratamento, com ações de melhoria e discussão com todos os profissionais da instituição, não haverá aprendizado organizacional. Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança fortalecida, a liderança deve utilizar estes dados para a gestão de cuidados e promover a capacitação e discussão dos erros notificados (LEMOS, et al., 2018).

A dimensão “**Resposta não punitiva aos erros**” foi a que apresentou o menor percentual de respostas positivas. Este dado se aproxima com os resultados de diversos estudos realizados no Brasil e em outros países, considerando diversas áreas, inclusive na área materno infantil, com diversos profissionais que prestam assistência direta e indireta aos pacientes, e que obtiveram percentuais de respostas positivas inferior a 50%, sendo em alguns deles, esta dimensão foi considerada a mais frágil entre as 12 dimensões da CSP, evidenciando que essa realidade se faz presente em muitas instituições de saúde do mundo (AKBARI, et al., 2017; RIBELINE et al., 2018; ABREU, et al., 2019; FASSARELLA, et al., 2019; CARMO, et al., 2020; FÉLIX; FILIPPIN, 2020; MASSAROLI, et al., 2021; PRATES et al., 2021).

Ao analisar os 3 itens que compõem esta dimensão, os profissionais das maternidades consideram que seus erros podem ser usados contra eles e que quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema, além de que os mesmos se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. Diante disso, evidencia-

se que os profissionais possuem receio de uma cultura punitiva nas maternidades, sendo necessária a realização de intervenções para mudar essa percepção e fortalecer a CSP e consequentemente as notificações de EA que possam estar afetando as gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Essa fragilidade evidenciada neste estudo, desestimula a notificação dos erros e conforme Félix e Fillipin (2020), acabam não fornecendo informações relevantes, o que impossibilita a análise das causas dos EA e/ou erros, impedindo ou atrasando a implementação de estratégias para evitar novas falhas, comprometendo a SP na instituição (FÉLIX; FILIPPIN, 2020). Sabe-se que o tema CSP traz, em sua nuance, a necessidade de mudança no modelo de gerenciar os erros e EA nos serviços de saúde, pois a premissa de punição utilizada nas instituições, além de ser ineficaz para o crescimento e desenvolvimento das organizações, remete para instituições com uma cultura de segurança fraca que pode tornar o cuidado prestado aos pacientes mais propício ao erro (FERREIRA; MELO, 2019). Uma cultura punitiva faz com que os funcionários subnotifiquem seus erros, criando uma barreira para a análise da causa raiz do evento e implantações de medidas de prevenção (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2017).

Sabe-se que os riscos não podem ser erradicados, mas podem e devem ser reduzidos, aprender com eles e melhorar a forma como os gerimos e tratamos, reforçando assim a relação de confiança com a pessoa que servimos em nossas instituições de saúde. A abordagem punitiva tradicional aos erros de atendimento não leva à sua prevenção e têm consequências negativas, como sua ocultação. É preciso mudar o paradigma, enfocando sua abordagem dentro de um modelo sistêmico que possibilite uma cultura de assistência caracterizada por uma maior transparência, que permita conhecer as causas que levam ao erro, atuar sobre elas e obter uma maior SP (ROMERO, et al., 2018).

Essa percepção de culpa, deve ser transformada e desmistificada por meio de ações que fortaleçam a cultura de segurança nas instituições de saúde, e até mesmo a criação de sistemas que protejam os profissionais de retaliação ao relatarem um ambiente inseguro para o paciente. No entanto, para que aconteça a notificação do erro, é necessário que o método de sua punição seja modificado e não persista a cultura de culpa, que aponta o sujeito que erra e não o problema que gerou o erro, pois o medo de repressão, sanções, demissões, advertências, processos éticos e vergonha favorece a subnotificação (ROCHA, et al., 2021).

No que se refere à dimensão **“Adequação de pessoal”**, observou-se ser esta uma dimensão frágil para a CSP. Ao analisar os 4 itens que compõem tal dimensão, pode-se confirmar que nas maternidades não possuem profissionais suficientes para a carga de trabalho e que os profissionais trabalham em situações de crise, tentando fazer muito e muito rápido.

Porém é importante destacar que a maioria dos respondentes acreditam que a carga horária de trabalho não afeta o cuidado ao paciente e que as maternidades não utilizam mão de obra terceirizada.

Sabe-se que, quando a quantidade de profissionais que prestam assistência em saúde é inadequada, pode gerar danos ao paciente e comprometer o direito de assistência à saúde, livre de riscos inerentes aos cuidados dispensados (FASSARELLA, et al., 2019). Entretanto, as sobrecargas de trabalho nas equipes têm influenciado na qualidade das atividades profissionais (COSTA, et al., 2018). A insuficiência de trabalhadores, em especial da equipe de enfermagem, é um ponto chave que dificulta o cuidado seguro e qualificado, por conseguinte, a implantação das estratégias de SP (REIS, et al., 2019).

Destaca-se a importância de manter equipes com o número de profissionais suficiente, para que seja possível realizar um atendimento integral e que esteja pautado no caráter holístico, o que pode contribuir para a identificação não somente de EA, mas compreender os processos de cuidado ao qual os pacientes estão submetidos. É de se considerar que a falta de profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, dentre outros, prejudica o processo de cuidado e a SP.

No que se refere à dimensão **“Apoio da gestão para a segurança do paciente”**, os resultados evidenciam ser esta uma dimensão frágil para a CSP nas maternidades, pois o percentual de respostas positivas obtidas foi de 38,8%, indo ao encontro dos resultados de um estudo realizado na área obstétrica de um hospital de ensino localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, onde o percentual de respostas positivas para esta dimensão foi de 23% (SILVA et al., 2021).

Nas maternidades em estudo, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde, a direção do hospital/maternidade não propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e acreditam que as ações da direção não demonstram que a SP é uma prioridade, além disso, a direção só parece interessada na SP, quando ocorre algum EA. Cabe salientar que a falta de apoio da gestão interfere negativamente na implantação de ações que visam a SP, pois o poder de decisão, na maioria das organizações de saúde, concentram-se em um grupo específico de profissionais, limitando as ações dos profissionais que estão na linha de frente do cuidado.

Os gestores das organizações e serviços obstétricos precisam se apropriar do arcabouço teórico conceitual da qualidade em saúde e da SP, incorporar métodos para conhecer e monitorar sua realidade, implementar práticas a fim de prevenir incidentes, capacitar as equipes de saúde, envolver os pacientes e criar um ambiente voltado à melhoria da qualidade do cuidado

(REIS, et al., 2019). Além disso, necessitam comprometer-se em instituir condições favoráveis para o desenvolvimento de práticas seguras, com transparência e responsabilidade para beneficiar a percepção da SP (FÉLIX; FILIPPIN, 2020). Garantindo investimentos em infraestrutura e em educação, base para os processos de trabalho, pois são indispensáveis para se atingir e manter as condições mínimas de segurança em organizações de alto risco (CAMPELO, et al., 2021).

Ainda, no intuito de fortalecer a CSP, os gestores devem atentar-se a um modelo de gestão participativo, com estruturas mais horizontais e que atendam às necessidades dos pacientes e dos profissionais. Além disso, as lideranças das instituições de saúde devem coordenar a diversidade entre os profissionais de saúde e suas especialidades, de modo que o trabalho desenvolvido seja coordenado, eficaz e seguro para todos (COSTA, et al, 2018).

Os gerentes de enfermagem e administradores de hospitais devem modelar uma cultura de segurança e demonstrar sua valorização da SP, fornecendo recursos suficientes, ouvindo e valorizando as sugestões da equipe em relação à segurança e fornecendo feedback sobre as mudanças organizacionais para melhorar a SP. Criar e melhorar a cultura de segurança é fundamental para aumentar a segurança dos pacientes e os gestores e líderes clínicos devem colaborar com os profissionais da assistência para criar uma visão compartilhada da cultura de segurança que se pode refletir nas políticas e orientações da organização (LEE; DAHINTEN, 2021).

Quanto à dimensão **“Trabalho em equipe entre as unidades”**, observa-se que a mesma é considerada uma área frágil para a CSP nas maternidades em estudo, pois obteve-se apenas 33,8% de respostas positivas. Este percentual é semelhante ao de um estudo realizado em um hospital universitário do estado do Amazonas com 381 profissionais, que encontrou um percentual de respostas positivas de 37% para a mesma dimensão (GALVÃO, et al., 2018).

Nas maternidades em estudo, a partir dos percentuais das respostas obtidos nos itens que compõem a dimensão, pode-se inferir que as unidades das maternidades não estão bem coordenadas entre si e que existe pouca cooperação entre as unidades para trabalhar em conjunto e prestar o melhor cuidado às gestantes, puérperas e recém-nascidos, além disso, os profissionais acreditam que trabalhar com profissionais de outras unidades é algo desagradável. Tal afirmação pode ser confirmada com os percentuais de respostas positivas dos itens, pois nos 4 itens que compõem esta dimensão, os percentuais foram abaixo de 50%, denotando a necessidade de que os gestores das unidades e profissionais busquem estratégias de melhorias nesta dimensão.

Sabe-se que melhores resultados podem ser obtidos inteirando-se das atividades de outras unidades, construindo fluxos devolutivos das ações executadas. Além disso, é preciso que as equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes para prestar um cuidado continuado e livre de EA (PEDUZZI; AGRELI, 2018; FÉLIX; FILIPPIN, 2020).

Em relação à dimensão “**Passagem de plantão e/ou transferências internas**”, percebe-se que trata-se de uma dimensão frágil para CSP, pois recebeu 43,8% de respostas positivas. Este dado corrobora com os resultados de um estudo realizado em um hospital de grande porte localizado na região sul do Brasil, que na dimensão em análise, alcançou 44% de respostas positivas (MASSAROLI, et al., 2021). Corrobora ainda com um estudo realizado em três maternidades públicas localizadas na cidade de Belo Horizonte-MG, onde encontrou um percentual de 43% de respostas positivas (CARMO, et al., 2020).

Com base na análise dos quatro itens que compõem a dimensão, é possível inferir que, nas maternidades em estudo o processo de cuidado é comprometido quando a gestante, puérpera ou recém-nascidos é transferido de uma unidade para outra das maternidades, além disso, é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado dos paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, embora os profissionais acreditem que as mudanças de plantão ou de turno não sejam problemáticas para os pacientes. Pode-se observar ainda, que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades das maternidades, o que pode estar associado a fragilidade no trabalho em conjunto entre as equipes.

É importante destacar, que os serviços obstétricos guardam algumas especificidades, como por exemplo, em certas instituições, há equipes e áreas separadas para as diversas etapas da atenção ao parto. Assim, a admissão da mulher pode ser realizada em um ambiente e por equipe que não vai acompanhá-la por todo o trabalho de parto (REIS, 2019). Diante desta informação e dos achados deste estudo, é notório que existe a necessidade de modificações nas passagens de plantões e transferências internas realizadas nas maternidades, para que essa atividade, que é diária e rotineira, seja realizada entre a equipe multiprofissional de forma que garantam que informações importantes sejam transmitidas para os profissionais nos diversos setores em que os pacientes serão assistidos, livrando-os de possíveis EA decorrentes desta atividade.

Para evitar equívocos e perda de informação importantes durante as passagens de plantão e transferências de pacientes, recomenda-se a implantação de técnicas e ferramentas que possam auxiliar os profissionais de saúde na passagem de informação para assegurar a

qualidade da continuidade do cuidado (FASSARELLA, et al., 2019). Os serviços de saúde têm utilizado técnicas que melhorem a qualidade da comunicação como a ferramenta SBAR, abreviação de Situation (situação), Background (história prévia), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendação) que permite que informações importantes sejam passadas e ouvidas de forma clara, auxiliando na tomada de decisões (MULLER et al., 2018).

No que se refere a dimensão **Percepções gerais da segurança do paciente**, observa-se que é considerada frágil para a CSP. Ao analisar os quatro itens que compõem esta dimensão, observa-se que os profissionais acreditam que a SP é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída, além de afirmarem que nas unidades a qual trabalham existem problemas de SP e que os procedimentos e sistemas das maternidades não são adequadas para prevenir erros, porém acreditam que erros graves acontecem apenas por acaso.

A dimensão **“Frequência de notificação de eventos”** trata-se da segunda dimensão mais frágil entre as 12 dimensões avaliadas. Observa-se que ao analisar os 3 itens que compõem esta dimensão, os eventos, na perspectiva dos profissionais, não são comunicados quando os erros são percebidos e corrigidos, até mesmo antes de afetar o paciente, ou quando ocorrem erros, mas não a risco de causar dano ao paciente, além disso, não são comunicados os erros que poderiam causar danos ao paciente, mas não causa. Diante destes achados, percebe-se que nas maternidades em estudo existe uma CSP frágil no tocante a notificações de eventos, o que denota que existe a subnotificação de EA e que não se sabe ao certo o que pode estar afetando a SP das gestantes, puérperas e recém-nascidos, o que muito provavelmente inviabiliza as tomadas de decisões no que se refere a prevenção de EA.

Acerca da **notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses**, a maioria dos participantes deste estudo afirmou não ter preenchido nenhuma notificação, o que reafirma a uma subnotificação de EA. Este dado confirma o baixo percentual de respostas positivas apresentadas na dimensão **Frequência de notificação de eventos**, podendo também estar ligado ao receio da cultura punitiva na instituição, conforme dados apresentados na dimensão **“Resposta não punitiva aos erros”**.

Em estudos realizados por Reis et al. (2013) e Macedo et al. (2016), também relataram que a maioria dos participantes não realizaram notificações de EA nos últimos 12 meses, evidenciando altas taxas de subnotificação nas instituições de saúde. Sendo assim, considera-se importante a promoção de reuniões e /ou capacitações para que a equipe seja esclarecida sobre a importância das notificações, pois desta forma poderão ser pensadas estratégias para melhorias no cuidado, além de salientar que as notificações não têm um caráter punitivo (PEDRONI, et al., 2020).

Embora as maternidades tenham um sistema interno de notificação, sabe-se que essa existência, por si só, não é suficientemente relevante para tornar o ato de notificar frequente. Estima-se que seja preciso muito mais para melhorar esse indicador relacionado à notificação de eventos (FASSARELLA, et al., 2019). O rastreamento de EA em instituições de ensino proporciona um panorama da SP em cenários centrais na integração ensino-serviço-comunidade, e contribui para estratégias de promoção da cultura de segurança e da vigilância de EA ao nível de formação de pessoal na saúde (OLIVEIRA, et al., 2020).

Com relação à “**Nota se segurança do paciente**”, a maioria dos profissionais classificaram como regular e como muito boa. Observa-se que nesta questão a resposta de muitos participantes foi divergente em comparação a outros itens do questionário, visto que na dimensão “**Percepções gerais de segurança do paciente**” as respostas positivas não foram expressivas, não sendo considerada uma dimensão forte para a CSP nas maternidades. Esse dado pode ser indicativo de que, embora haja fragilidades, os trabalhadores reconhecem as iniciativas implementadas para a segurança nas instituições pesquisadas.

## 7. CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, conclui-se:

- Os profissionais atuantes nos setores das maternidades onde a CSP foi avaliada é composta em sua maioria por profissionais do sexo feminino, com média de idade de 41,7 anos, que possuem pós-graduação a nível de especialização e em sua maioria fazem parte da equipe de enfermagem;
- No que se refere a média de tempo de trabalho na profissão, encontrou-se uma média de 14,5 anos. Quanto ao tempo de trabalho no hospital/maternidade, observou-se que os maiores percentuais concentraram-se entre 16 a 20 anos e 1 a 5 anos, além disso, no que tange ao tempo de trabalho na atual área os percentuais concentraram-se também nos intervalos citados anteriormente. Em relação a carga horária de trabalho, esta, foi predominantemente de 20 a 39 horas por semana.
- Em relação aos 42 itens que compõem as 12 dimensões da CSP, observou-se que nenhum foi avaliado como forte para a CSP, porém destaca-se os itens com os maiores percentuais de respostas positivas, a saber: *Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”*. Destaca-se que este é um item reverso, denotando que os supervisores/chefes, mesmo quando a pressão aumenta, NÃO orienta que os profissionais trabalhem mais rápido, pulando etapas;
- Em relação ao item com o menor percentual de resposta positivas, tem-se: Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais;
- As dimensões do questionário HSOPSC relativo à CSP que receberam mais repostas positivas e foram classificadas como “áreas neutras” foram: *“Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores”*, *“Trabalho em equipe na unidade”* e *“Aprendizagem organizacional-melhoria contínua”*;
- As dimensões do questionário HSOPSC relativo à CSP que receberam os menores percentuais de respostas positivas foram: *“Respostas não punitivas aos erros”*, *Frequência de notificação de eventos”* e *“Trabalho em equipe entre as unidades”*.
- No geral, a CSP nos setores avaliados nas maternidades em estudo é considerada frágil;
- A maior parte dos profissionais que participaram do estudo não notificou nenhum evento nos últimos 12 meses;

- Existe subnotificação de eventos adversos nas maternidades em estudo, o que pode ser comprovado pelos resultados da dimensão “*Frequência de notificação de eventos*”.
- Apesar de nenhuma dimensão ser avaliada como forte para a CSP, os profissionais em sua maioria, avaliaram a segurança do paciente na sua unidade como regular e muito boa.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar a CSP em maternidades de alto risco de um estado da região Nordeste do Brasil, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde, sendo este o primeiro estudo realizado no estado que avaliou a CSP através do HSOPSC na área materno-infantil. Observam-se vários pontos frágeis para a CSP, o que urge a necessidade de uma análise reflexiva por parte dos profissionais e gestores sobre a qualidade do cuidado prestado por estas maternidades, a fim de que se possa melhorar a SP a partir da criação de uma cultura de segurança.

Nas maternidades em estudo se faz necessário melhorias nas 12 dimensões da CSP, em especial no que se refere as respostas não punitivas aos erros, pois se os profissionais acreditarem que serão penalizados pelos erros e EA cometidos, os mesmos acabarão negligenciando as notificações, o que consequente impossibilitará conhecer os EA e erros que estão acometendo as gestantes, puérperas e RN. Destaca-se que se faz necessário o empenho de todos para transformar esta cultura de culpa em uma cultura justa, que estabelece equilíbrio entre a responsabilidade do profissional e da organização. Uma das estratégias para melhorar tal situação é que os gestores e lideranças trabalhem por meio de educação permanente e continuada a importância da notificação dos EA para a qualidade dos serviços prestados.

É importante salientar que as instituições são maternidades de ensino, ou seja, são formadoras de novos profissionais e diante disto, se faz necessário mudanças relacionados a SP, para além de prestarem um cuidado seguro e com qualidade, sejam exemplos para os profissionais que estarão à disposição da sociedade e para que os mesmos tenham em sua essência profissional a importância da SP nos serviços de saúde.

Este estudo será replicado pelo próprio pesquisador em outras maternidades do estado de Alagoas, em sua pesquisa futura para o Doutorado no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, considerando todos os setores de assistência e os profissionais que prestam assistência indireta aos pacientes, a fim de se possa conhecer a realidade da CSP nas maternidades do estado, para a partir daí criar e propor uma política de saúde direcionada a melhorar o cuidado as gestantes, puérperas e recém-nascidos, para que se possa ofertar uma assistência de qualidade e pautada na segurança do paciente.

Vale destacar que ocorreram algumas limitações para a realização deste estudo, tais como no período de coleta de dados, pois devido a pandemia da COVID-19, as gerências de ensino das maternidades orientaram a não realizar a coleta de dados, devido a transmissão do coronavírus. Com o retorno da coleta de dados, medidas de prevenção foram adotadas, tais

como o uso de Equipamentos de proteção individual, a não realização de coleta de dados em grupo com mais de cinco pessoas, além de não realizar a coleta de dados concomitantemente em ambas as maternidades, devido a propagação do vírus.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, I. M. et al. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40 (esp):e20180198, 2019. Disponível em: <DOI:https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>. Acesso em: 02 Nov. 2021.
- AHRQ. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **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>. Acesso em: 18 Nov. 2021.
- AKBARI, N. et al. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. **Pan African Medical Journal**, v. 27, 268, Disponível em: DOI:10.11604/pamj.2017.27.268.9776. Acesso em: 06 Nov. 2021.
- ANDRADE, L. E. L., et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet.**, n. 23, v. 1, 2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em 12 Nov. 2021.
- BARRILAS, C. C. H. et al. Cultura de segurança em uma maternidade pública de ensino: conhecer para intervir. **Revista de Medicina da UFC**, v. 61, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/41186. Acesso em: 13 Out. 2021.
- BARROS, M. C. S. et al. Rede Cegonha and its impacts on births in a region of northeastern Brazil. **Rev. Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e30810313166, 2021. Disponível em: <DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13166>. Acesso em: 02 Nov. 2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, ANVISA, Brasília- DF, 2017. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 29 Out 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.
- 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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. – Brasília : ANVISA, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 13 Dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 24 Mai. 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasil, Abril 2013.

CAMPELO, C. L. et al. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 55, e03754, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>. Acesso em: 06 Nov. 2021.

CARMO, et al. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 5, e20190576, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/dQNgdZBhsdHdPvJJHVY4G4B/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2021.

CARMO, J. M. A. **Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica**. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CARVALHO, N. A. R. et al. Quality of nursing care in a maternal intensive care unit. **Rev. Enfermería Global**, n. 55, p. 99-113, 2019. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.342741>>. Acesso em: 02 Nov. 2021.

CAVALCANTE, A. K. C. B. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital de ensino**. 2017. 125f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2017.

COFEN- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN**, Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, Publicado em 2017. Volume I – Brasil. Acesso em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>.

CONASEMS- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Acesso em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.

CORONA, A.R.P.D. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo; São Paulo. 2017.

COSTA, D. B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016> . Acesso em: 14 Out. 2021.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem**: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <[https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id\\_tipo=15](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=806&id_tipo=15)>. Acesso em: 26 Out. 2021.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CUNHA, E. M. D.; GOMES, L. G. A. Adverse events related to health care in Ceará. **Rev. Cadernos ESP. Ceará**, v. 13, n. 2, p.131-147, 2019. Disponível em:<<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/204/181>>. Acesso em: 28 Out. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. Brasília, 2019. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 10 Out. 2019.

DIAS, J. M. G. et al. Maternal mortality. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p.173-179, 2015. Disponível em: <DOI: 10.5935/2238-3182.20150034>. Acesso em: 28 Out. 2021.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 3, p. 332-338, 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/zXcmpgF64RV6NHjbjMyFkCx/?lang=pt&format=pdf>.  
Acesso em: 06 Nov. 2021.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n.12, p.1743-748, 1988. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9372740>> Acesso em: 08 Nov. 2021.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

FARZI, S. et al. Patient safety culture in intensive care units from the perspective of nurses: A cross-sectional study. **Iranian J Nursing Midwifery Res**, v. 22, n. 4, p. 372-6. 2017. Disponível em: <https://www.ijnmrjournal.net/article.asp?issn=1735-9066;year=2017;volume=22;issue=5;spage=372;epage=376;aulast=Farzi>. Acesso em: 14 Out. 2021.

FASSARELLA, C. S. et al. Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, v. 27, e34073, 2019. Disponível em:  
DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>. Acesso em: 06 Nov. 2021.

FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Patient Safety Culture in a maternity. **Rev. Enferm. UFMS – REUFMS**, v. 10, e73, p. 1-18, 2020. Disponível em: DOI: 10.5902/2179769240280. Acesso em: 06 Nov. 2021.

- FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Patient safety in the perspective of pregnant and puerperal women. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 13, n. 1, p. 96-104, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a236349p96-104-2019>>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, e55716, 2016. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n1/0102-6933-rngen-37-1-1983-144720160155716.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2021.
- FERREIRA, E. C. S.; MELO, N. S. Patient safety culture diagnosis. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, p. e242490, 2019. Disponível em: DOI: 10.5205/1981-8963.2019.242490. Acesso em: 06 Nov. 2021.
- FIGUEIREDO, M.L.; D'INNOCENZO, M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. **Enfermaria Global**, n. 47, p. 621-35, 2017. Disponível em: < [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt\\_1695-6141-eg-16-47-00605.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00605.pdf)>. Acesso em: 12 Dez. 2020.
- FILHO, R. M. et al. Perception of hospital management teachers and students about the importance of the manager in patient Safety. **Rev. de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 18, n. 2, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i2.6305>>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12, 2005, 07-09 nov, Bauru-SP. Anais... Bauru-SP: UNESP, 2005. Disponível em: <[www.simpep.feb.unesp.br/.../copiar.php?...Freitas\\_ALP\\_A%20avaliação%20da%20co](http://www.simpep.feb.unesp.br/.../copiar.php?...Freitas_ALP_A%20avaliação%20da%20co)>. Acesso em: 12 maio 2016.
- GALVÃO, T. F. et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 26, e3014, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1518-8345.2257.3014. Acesso em: 28 Out. 2021.
- GORGA, L. **Obstetrícia é maior geradora de litígios na medicina, aponta pesquisa.** 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-mai-18/obstetricia-concentra-litigios-medicina-apontapesquisa>>. Acesso em: 18 Out 2020.
- GUTERRES, A. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Movimento Nacional ODS, 2021. Disponível em: <https://movimentoods.org.br/agenda-2030/>. Acesso em: 14 Out. 2021.
- HEFNER, J. L. et al. Cultural Transformation After Implementation of Crew Resource Management: Is It Really Possible? **Rev. Am J Med Qual**, v. 32, n. 4, p. 384-390, 2017. Disponível em: DOI: 10.1177 / 1062860616655424. Acesso em: 12 Ago. 2021.

- HUDSON P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Qual Saf Health Care**, v. 12(Supl I), i7-i12, 2003. Disponível em: <[https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl\\_1/i7.full.pdf](https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_1/i7.full.pdf)>. Acesso em: 06 Nov. 2021.
- LACCORT, A. A.; OLIVEIRA, G. B. A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. **Revista Uningá review.**, v.29, n.3, p.06-10, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- LEE, S. E.; DAHINTEN, S. Using Dominance Analysis to Identify the Most Important Dimensions of Safety Culture for Predicting Patient Safety. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, 7746, 2021. Disponível em:< <https://doi.org/10.3390/ijerph18157746>>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- LEMOS, G. C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2600, 2018. Disponível em: DOI: 10.19175/recom.v7i0.2600. Acesso em: 29 Out. 2020.
- LIPPKE, S. et al. Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - study protocol of an intervention study. **BMC Health Services Research**, v. 19, 908, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4579-y>. Acesso em: 30 Out. 2021.
- MACEDO, T. R. et al. Communication and safety culture by a pediatric emergency nursing team perspective. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.20, n.2, p 73-9, 2020. Disponível em:< DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000011>>. Acesso em: 28 Out. 2021.
- MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, n. 37, v. 10, p. 441-5, 2015. Disponível em: DOI:10.1590/SO100-720320150005472. Acesso em:18 Out. 2021.
- MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P; MMENDES, W., orgs. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, v. 1, p. Disponível em:... Acesso em: 14 Out. 2021.
- MASSAROLI, A. et al. Evaluation of patient safety culture in a hospital in southern Brazil. **Ciencia y Enfermeria**, v. 27, n. 10, 2021. Disponível em: DOI: 10.29393/CE27-10ACAM60010. Acesso em: 30 Out. 2021.
- MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO M. M. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. **Rev Min Enferm.**, v. 19 n. 2, 187-191, 2015. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20150034. Acesso em: 28 Out. 2021.
- MILAGRES, L. M. **Gestão de Riscos para Segurança do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos Eventos Adversos**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora-MG, 2015, 100f.
- MOHAMMED, F.; TADDELE, M.; GUALU, t. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia, 2019. **PLoS ONE**. v. 16, n. 2, e0245966, 2021. Disponível em: DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245966>. Acesso em: 14 Out. 2021.

MONTERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:

[https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf). Acesso em: 14 Out. 2021.

MORAES, A. I. S. et al. Qualidade e segurança na área da saúde materno-infantil: avaliação de eventos adversos. **Cuidarte Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 32-37, 2019. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v1/32.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2021.

MORETÃO, D. I. C. A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde. 2019. 137 fls. (Dissertação- Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

MOTA, G.C.H. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. São Paulo, 2018. 141p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MUCELINI, F. C. et al. Patient safety climate in surgical centers: assessment by the multidisciplinary team. **Rev. SOBECC**, v. 6, n. 2, p. 91-98, 2021. Disponível em: <https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/674>. Acesso em: 30 Out. 2021.

MULLER, M. et al. Impacto of the communication and Patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, 8:e022202, 2018. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2020.

NASCIMENTO, J. S. G. et al. Medical shifts passage as a management tool for patient safety. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 2, p. 544-559, 2018. Disponível em: <[Doi:10.5902/2179769229412](https://doi.org/10.5902/2179769229412)>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

NEVES, I. A. R. et al. Quality and safety in obstetric assistance. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 145, e245809, 2021. Disponível em: <[DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245809](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809)>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

NICÁCIO, M. C. et al. Cultura de segurança das mulheres no parto e fatores institucionais relacionados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29: e20190264, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0264>. Acesso em: 12 Out. 2021.

NOTARO, K. A. M. et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 27:e3167, 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.2849.3167](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167). Acesso em: 12 Out. 2021.

OLIVEIRA, T. C. et al. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 5, p. 179-86, 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3200>. Acesso em: 12 Out. 2021.

OLIVEIRA, T. C. et al. Resultados adversos do parto em maternidades de ensino de alto risco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 20, n. 1, p. 203-211, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vz6tHPPmjKyxzBs8WmwCPfs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 Out. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf;jsessionid=6F32FAA99B4E1E9C4124745282B5CCB0?sequence=5>>. Acesso em: 29 Out. 2020.

PEDRONI, V. S. et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41 (esp), e20190171, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/CKwFxsjhBhpRYFjbXs34Q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 Out. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Rev. Interface**, v. 22(Supl. 2), p. 1525-34, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 10 Out. 2021.

PIETRO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 6, e20201315, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

PRATES, C. G. et al. Patient safety culture in the perception of health professionals: A mixed methods research study. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.42, e20200418, 2021. Disponível em: <Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

PROQUALIS. **Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>. Acesso em: 14 Out. 2021.

REASON J. **Human error**. London: Cambridge University Press, 2003, 302 p.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.

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, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS141381232013000700018%26lng%3Den%26nrm%3Diso](http://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS141381232013000700018%26lng%3Den%26nrm%3Diso)>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 00115614, 2016. Disponível em: doi:10.1590/0102-311X00115614. Acesso em: 28 Out. 2021.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Rev. Ciênc saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2020.

REIS, G. A. X. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40(esp), e20180366. 2019. Disponível em: Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>. Acesso em: 28 Out. 2021.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 391-415. ISBN 978-85-7541-641-9. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0019>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

RIBELIENE, J. et al. Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion: Patient safety culture. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 32, n. 19, p. 3244-3250, 2018. Disponível em:<Doi:<https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1461831>>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

ROCHA, R. C. et al. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: possibilidades da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03774, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>. Acesso em: 14 Out. 2021.

ROMA, J. C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e sua transição para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Rev. Cienc. Cult.**, v.71, n.1, 2019. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

ROMERO, M. P. et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Rev. bioét.**, v. 26, n. 3, p. 333-42, 2018. Disponível em: Doi: 10.1590/1983-80422018263252. Acesso em: 12 Out. 2021.

SANTANA, D. S. et al. Maternal near miss – understanding and applying the concept. **Rev Med.**, v. 97, n. 2, p.187-94. Disponível em:<doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p187-194>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

SANTIAGO, T.H.R.; TURINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para a Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n. esp, p.123-130, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2020.

SANTOS, F. J. et al. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sci.**, v. 44, n. 1, p. 52-57, 2019. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1066>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

SERRANO, A. C. F. F. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **Rev Min Enferm.**, v. 23, e-1183, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/14152762.20190031. Acesso em: 01 Nov. 2020.

SILVA, P. L. et al. Patient safety culture from the perspective of the nursing team in a public maternity hospital. **Enfermería Global**, v. 4, n. 60, p. 440-451, 2020 Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>. Acesso em: 02 Nov. 2021.

SILVA, S. C. et al. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 29, e3461, 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

SILVA, A. L. A. et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Rev. Cad. Saúde Pública**, n. 33, v. 12, e00175116, 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/0102-311X00175116. Acesso em: 29 Out. 2021.

SILVA, I. M. et al. The Multi-professional Work Team in the context of COVID-19: Several overview, just one purpose. **Rev. Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e53210313439, 2021. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13439>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

SILVA, P. L. et al. Patient safety culture from the perspective of the nursing team in a public maternity hospital. **Rev. Enfermería Global**, n. 60, p. 440-451, 2020. Disponível em:<DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

SILVA, V. C. et al. Patient safety assessment instruments in health services: an integrative review. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.17210-17225. nov./dez. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/20699/16532>. Acesso em: 13 Dez. 2021.

SORRA, J., *et al.* AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. **Agency for Healthcare Research and Quality**. 2021. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>. Acesso em: 14 Out. 2021.

SOUSA, J. V. T.; FARIAS, M. S. Health quality management in relation to patient safety: literature review. **Rev. SANARE**, v. 18, n. 2, p. 96-105, 2019. Disponível em:<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1379/704>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2º Ed., 524 pág., 2019. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20Conh>

ecendo%20os%20riscos%20nas%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde .pdf. Acesso em: 13 Out. 2021.

SOUZA, C. S. et al. Patient safety culture in intensive care units: perspective of health professionals. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40(esp), e20180294, 2019. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180294>>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

STOYANOVA, R. et al. Perception of patient safety culture among hospital staff. **Rev. Zdr Varst.**, v. 60, n. 2, p. 97-104, 2021. Disponível em: DOI: 10.2478/sjph-2021-0015>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

TELLES, V. G. et al. Nursing shift handover in surgical clinics: the interface between communication and patient Safety. **Rev enferm UERJ**, v. 28, e48402, 2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48402>. Acesso em: 08 Nov. 2021.

TEREANU, C. et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **Current Health Sciences Journal**, v. 43, n. 1, 2017. Disponível em: DOI: 10.12865/CHSJ.43.01.05. Acesso em: 08 Nov. 2021.

TINKER, A. **Maternidade segura: da proposta à ação**. Finanças e Desenvolvimento. Disponível

em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/fdesenvolvimento/article/download/64992/62859>. Acesso em: 28 Out. 2021.

TOBIAS, G. C. et al. Safety culture in a teaching hospital: strengths and weaknesses perceived in nurses. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 3, p. 1063-70, 2016 Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201616. Acesso em: 08 Nov. 2021.

TOSO, G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n. 4, e58662, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>. Acesso em: 13 Out. 2021.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

TST- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. **Jornada de trabalho: conheça as particularidades**. Justiça do Trabalho, 2021. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/jornada-de-trabalho>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

UNCISAL. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. **Quem somos: Maternidade Escola Santa Mônica**. Alagoas, 2021. Disponível : [https://mesm.uncisal.edu.br/?page\\_id=16](https://mesm.uncisal.edu.br/?page_id=16). Acesso em: 28 Out. 2021.

UNVER, G. T. ; SEREN, A. K. H. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. **Journal of Nursing Management**, v. 26, n. 5, p. 579–586, 2018. Disponível em: doi:10.1111/jonm.12585 . Acesso em: 12 Out. 2021.

VIEIRA, M. V. N. **Humanização no acolhimento às gestantes atendidas no HUPAA-AL, com enfoque na orientação do fluxo de atenção à saúde no município de Maceió**. 2017. 40 fls. (Especialização em Enfermagem Obstétrica)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160068, 2016. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20160068. Acesso em: 12 Out. 2021.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Human Factors in Patient Safety**. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>>. Acesso em: 01 Nov 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for patient safety: forward programme 2005**. Geneva, 2004.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco**”, dos pesquisadores Prof<sup>ª</sup>. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos e Mestrando José Augustinho Mendes Santos. A seguir, segue as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde que neles atuam, por meio do instrumento *Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais* (HSOPSC).
2. Este estudo será importante para a equipe de saúde, bem como para as maternidades alvo do estudo, por trazer informações e dados que poderão fomentar ações e atitudes para uma prática voltada à Segurança do Paciente (SP) associado à cultura organizacional, a qual é indispensável na prática assistencial, além de direcionar ações que contribuam para o processo de qualificação da assistência.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Espera-se que com os resultados deste estudo possa-se mensurar e classificar por meio das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente (CSP), as áreas de força positiva e frágeis, permitindo conhecer as potencialidades e as fragilidades da CSP nas maternidades em estudo, norteando, bem como fortalecendo ações estratégicas para promoção da melhoria da SP, com vistas a contribuir para o desenvolvimento e para qualidade da assistência segura dos cuidados prestados nas maternidades. Espera-se ainda que os resultados deste estudo sirvam para avaliação da mudança da CSP ao longo do tempo, bem como do impacto cultural de iniciativas de SP e intervenções realizadas. Além disso, pretende-se, tornar visíveis as condições organizacionais que podem influenciar na CSP nas maternidades.
4. A coleta de dados começará em dezembro/2020 e terminará em março/2021.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: os dados serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética, utilizando um instrumento já validado (HSOPSC), o qual contém dados de caracterização sociodemográfica e profissional, além dos itens relativos às variáveis da CSP, que são apresentados em forma de itens e são respondidas através de escala do tipo Likert. Vale destacar que, ao final do instrumento, haverá uma seção para que você, caso ache necessário, deixe seus comentários sobre a segurança do paciente, erro ou relato de eventos em seu hospital/setor que trabalha.
6. A sua participação será na seguinte etapa: responder o questionário utilizado para coleta de dados.
7. O presente estudo apresenta risco mínimo, por não se tratar de uma pesquisa de intervenção. Assim, o participante da pesquisa poderá sentir-se desconfortável ou constrangido em compartilhar informações pessoais, de trabalho ou confidenciais, principalmente ao indicar situações que possam lhe parecer inadequadas em relação à instituição de saúde na qual atua. Como forma de proteger os participantes da pesquisa de tais riscos os pesquisadores se responsabilizarão por garantir o anonimato dos participantes. Diante disto, os participantes terão sua identidade preservada, com sigilo das informações e terão garantido acesso aos resultados desta pesquisa. Haverá guarda e sigilo dos instrumentos de coleta de dados preenchidos, com manutenção em local seguro por cinco anos. O participante da pesquisa também poderá em algum momento se negar a continuar a pesquisa ou a responder algo que não queira, sendo respeitado o princípio ético da autonomia. Diante disto a abordagem deste sujeito será interrompida temporariamente ou em definitivo. Bem como deverá ficar evidenciado que os dados só serão divulgados em artigos científicos ou em reuniões científicas e jamais individualmente, nesta situação respeitando-se os princípios da não-maleficência e da beneficência.
8. Os benefícios esperados com a sua participação neste estudo, mesmo que não diretamente são: A pesquisa não trará benefícios diretos para os sujeitos participantes, porém ao responder o instrumento, os mesmo estarão contribuindo para identificação da CSP, o que irá subsidiar ações planejadas, sistematizadas e com definições de metas a serem alcançadas pela gestão das maternidades, envolvendo escolhas norteadas por princípios e normas escritas para a prestação de cuidados seguros aos pacientes atendidos.
9. Você será informado(a) do resultado do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
10. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente

dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas  
 Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária.  
 Complemento: Bairro Tabuleiro do Martins  
 Cidade/CEP: 57072900  
 Telefone: 3214-1100  
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem – EEnf

**Contato de urgência:** Sr(a). José Augustinho Mendes Santos

Endereço: Rua Dr. Jorge de Lima, Nº71, Trapiche da Barra, Maceio-AL.  
 Complemento: Apartamento 11.  
 Cidade/CEP: 57010-382  
 Telefone: 82 9 9824-8861

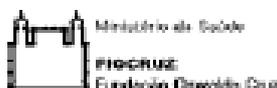
**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.  
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió-AL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	
Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

## ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 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
16. 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
18. 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 trabalhe 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 percebido e corrigido antes de afetar o paciente, 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 não há risco de dano ao paciente, 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 poderia causar danos ao paciente, 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 Excelente     
  B Muito boa     
  C Regular     
  D Ruim     
  E 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
6. 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
8. 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
8. 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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto                  |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo   | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo                    |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto   | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização)        |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo     | <input type="checkbox"/> 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.

## ANEXO B: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

### Termo de Concordância

Maceló, 15 de julho 2020

Ilmo(a) Sr(a) Chefe da Maternidade:

**Assunto:** Autorização para realizar pesquisa científica no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL/EBSERH. Solicito sua autorização para realizar o projeto de pesquisa "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO", cadastrado na Gerência de Ensino e Pesquisa sob protocolo 944, obteve parecer favorável inicial do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH, sendo imprescindível o de acordo da viabilidade desta pesquisa neste setor.

Esclarecemos que esta pesquisa só será **AUTORIZADA** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

*Amuzza Aylla Pereira dos Santos*

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Assinatura e carimbo do (a) Chefe da Maternidade

## ANEXO C: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA



ESTADO DE ALAGOAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL  
Maternidade Escola Santa Mônica - MESM  
Av. Comendador Leão, S/N - Poço da Barra - Maceió/AL CEP 57.000-000  
Fone: (82) 3315-4401 - CNPJ 12.517.793/0006-04

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PARA O C.E.P. Nº 012/2020

Eu, Graciliana Elise Swarowsky, responsável pela Chefia Docente Assistencial da Maternidade Escola Santa Mônica, autorizo a realização da pesquisa intitulada: "**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO**", que tem por objetivo analisar a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde que neles atuam, por meio do instrumento Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade do pesquisador **José Augustinho Mendes Santos**, com C.P.F. nº 097.518.854-26, sob a orientação da **Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos**, com CPF nº 931.666.054-87, e concordo que a mesma seja iniciada em novembro de 2020 e término em abril de 2021.

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto instituição envolvida no referido projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização condiciona o início da pesquisa e coleta de dados à apresentação do Parecer Favorável a execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP/CONEP e a entrega de uma cópia do parecer, além da declaração do fim da pandemia da Covid-19 pelos órgãos competentes.

Maceió, 21 de julho de 2020.

Atenciosamente,

---

Graciliana Elise Swarowsky  
Chefe Docente Assistencial MESM  
Matricula nº 2780-4

## ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO

**Pesquisador:** Amuzza Aylla Pereira dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37473520.0.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.297.880

#### Apresentação do Projeto:

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é definida como o conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde que possibilita a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização. O processo e a natureza do trabalho na assistência obstétrica apresentam características específicas, tais como uma grande força de trabalho humano envolvendo várias especialidades das ciências da saúde. O processo e a natureza do trabalho na assistência obstétrica apresentam características específicas, tais como uma grande força de trabalho humano envolvendo várias especialidades das ciências da saúde, como por exemplo: medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social, psicologia, dentre outras. Além disso, o alto número de internações e intervenções, além da diversidade de locais de assistência, fazem da atenção obstétrica uma das áreas prioritárias para as ações voltadas à segurança do paciente (SP). A partir do exposto, levantou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: Qual a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde que neles atuam?

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo geral**

Analisar a cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco na perspectiva da

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-000

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.297.000

equipe multiprofissional de saúde que neles atuam, por meio do Instrumento Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC).

#### Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde das maternidades de alto risco;
- Identificar os pontos fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente conforme avaliação da equipe multiprofissional de saúde das maternidade de alto risco;
- Analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente de acordo com o Instrumento HSOPSC nas maternidades de alto risco, bem como por categoria profissional.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos Informados foram: O presente estudo apresenta risco mínimo, por não se tratar de uma pesquisa de intervenção. Assim, o participante da pesquisa poderá sentir-se desconfortável ou constrangido em compartilhar informações pessoais, de trabalho ou confidenciais, principalmente ao indicar situações que possam lhe parecer inadequadas em relação à instituição de saúde na qual atua. Como forma de proteger os participantes da pesquisa de tais riscos os pesquisadores se responsabilizarão por garantir o anonimato dos participantes. Diante disto, os participantes terão sua identidade preservada, com sigilo das informações e terão garantido acesso aos resultados desta pesquisa. Haverá guarda e sigilo dos instrumentos de coleta de dados preenchidos, com manutenção em local seguro por cinco anos. O participante da pesquisa também poderá em algum momento se negar a continuar a pesquisa ou a responder algo que não queira, sendo respeitado o princípio ético da autonomia. Diante disto a abordagem deste sujeito será interrompida temporariamente ou em definitivo. Bem como deverá ficar evidenciado que os dados só serão divulgados em artigos científicos ou em reuniões científicas e jamais individualmente, nesta situação respeitando-se os princípios da não-maleficência e da beneficência.

Os benefícios Informados foram:

Os benefícios esperados com a sua participação neste estudo, mesmo que não diretamente são: A pesquisa não trará benefícios diretos para os sujeitos participantes, porém ao responder o Instrumento, os mesmo estarão contribuindo para identificação da CSP, o que irá subsidiar ações planejadas, sistematizadas e com definições de metas a serem alcançadas pela gestão das maternidades, envolvendo escolhas norteadas por princípios e normas escritas para a prestação de

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.297.600

cuidados seguros aos pacientes atendidos.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado, que pretende realizar um estudo do tipo Survey transversal, com amostra não-probabilística por conveniência constituída por profissionais de saúde que façam parte da equipe multiprofissional, incluindo os residentes, que tenham carga horária semanal mínima de 20 horas e apresentem no mínimo 3 meses de experiência profissional no local, independente do vínculo empregatício. O local de estudo serão as maternidades de alto risco do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/UFAL e da Maternidade Escola Santa Mônica/Uncisal, ambos localizados na cidade de Maceió-AL.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

### Recomendações:

Incluir a Importancia e o papel do Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino da UFAL:

Texto sugerido: "O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares)."

Incluir no TCLE de que maneira os dados serão coletados, seja por formulário autopreenchido ou por entrevista.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem óbices éticos.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-600

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.297.690

Declaração de Pesquisadores	publicizacao.pdf	04/09/2020 16:03:13	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/09/2020 16:02:52	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	04/09/2020 16:02:38	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeetic@ufal@gmail.com

