

## **CULTURA DE SEGURANÇA DAS MULHERES NO PARTO E FATORES INSTITUCIONAIS RELACIONADOS**

**Marina Caldas Nicácio<sup>1</sup>**   
**Adriana Lenho de Figueiredo Pereira<sup>1</sup>**   
**Mercedes de Oliveira Neto<sup>1</sup>**   
**Luana Ferreira de Almeida<sup>2</sup>**   
**Lucia Helena Garcia Penna<sup>1</sup>** 

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Rio de Janeiro, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar a cultura de segurança das mulheres no parto e os fatores institucionais relacionados a partir das percepções dos profissionais de enfermagem e medicina.

**Métodos:** estudo misto, sequencial explanatório, realizado com técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas do Centro Obstétrico de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2018. Aplicaram-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e o tratamento estatístico descritivo. Em seguida, realizaram-se 12 entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temática e, por fim, esse conjunto de dados foi integrado.

**Resultados:** a maior parte das dimensões da cultura de segurança está fragilizada, sobretudo nas áreas da organização institucional, e há desconhecimento da equipe sobre as ações do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição, deficiência na uniformidade da assistência e quantitativo limitado de pessoal para os cuidados. Adequação do processo de gestão da segurança e organização do trabalho são necessárias.

**Conclusão:** a cultura de segurança das mulheres requer melhorias na capacitação da equipe, adequação da assistência, organização do trabalho e no comprometimento da gestão local com a assistência qualificada e segura ao parto hospitalar.

**DESCRITORES:** Segurança do paciente. Parto. Cultura de segurança. Cultura organizacional. Enfermagem obstétrica.

**COMO CITAR:** Nicácio MC, Pereira ALF, Neto MO, Almeida LF, Penna LHG. Cultura de segurança das mulheres no parto e fatores institucionais relacionados. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0264>

# WOMEN'S SAFETY CULTURE IN CHILDBIRTH AND RELATED INSTITUTIONAL FACTORS

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the safety culture of women in childbirth and related institutional factors based on the perceptions of nursing and medical professionals.

**Methods:** a mixed, sequential explanatory study, conducted with nursing technicians, nurses and physicians of the obstetric center of a public maternity hospital in the city of Rio de Janeiro. Data collection took place from May to July 2018. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire and descriptive statistical treatment were applied. Then, 12 semistructured interviews and thematic content analysis were applied and, finally, this data set was integrated.

**Results:** most of the dimensions of the safety culture are weakened, especially in the areas of institutional organization, and the team lacks knowledge about the actions of the Patient Safety Center in the institution, the uniformity of care is deficient and the number of personnel for care is limited. The safety management process and work organization need adaptations.

**Conclusion:** the safety culture of women requires improvements in team training, skilled care, work organization, and commitment of local management to qualified and safe care in hospital births.

**DESCRIPTORS:** Patient safety. Delivery. Safety culture. Organizational culture. Obstetric nursing.

# CULTURA DE SEGURIDAD DE LAS MUJERES EN EL PARTO Y FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADOS

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la cultura de seguridad de las mujeres en el parto y los factores institucionales relacionados a partir de las percepciones de los profesionales de enfermería y medicina.

**Métodos:** estudio misto, secuencial explicatorio, desarrollado con técnicas de enfermería, enfermeras y médicas del Centro Obstétrico de una maternidad pública del municipio de Rio de Janeiro. Los datos fueron recolectados de mayo a julio de 2018. Se aplicaron el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* y el tratamiento estadístico descriptivo. A seguir, se llevaron a cabo 12 entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido temático y, al final, ese conjunto de datos fue integrado.

**Resultados:** la mayor parte de las dimensiones de la cultura de seguridad está fragilizada, sobretudo en las áreas de la organización institucional, y hay desconocimiento del equipo sobre las acciones del Núcleo de Seguridad del Paciente en la institución, deficiencia en la uniformidad de la atención y número limitado de personal para los cuidados. Son necesarias adecuación del proceso de gestión de la seguridad y organización del trabajo.

**Conclusión:** la cultura de seguridad de las mujeres requiere mejoras en la capacitación del equipo, adecuación de la atención, organización del trabajo y comprometimiento de la gestión local con la atención cualificada y segura al parto hospitalario.

**DESCRIPTORES:** Seguridad del paciente. Parto. Cultura de seguridad. Cultura organizacional. Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

A assistência em saúde ainda concentra-se no enfoque curativo das doenças e se caracteriza pelo uso crescente de técnicas e tecnologias biomédicas e de procedimentos diagnósticos e clínicos invasivos nos pacientes, o que aumentou a sua complexidade e, por consequência, o risco de incidentes e danos associados à assistência.<sup>1</sup>

Na área da saúde materna, essa perspectiva curativa e de intervenção no que diz respeito às gestantes saudáveis tem sido questionada devido ao seu potencial de causar mais danos do que benefícios, a exemplo da rotina de cesarianas sem claras indicações e condutas inadequadas, como a dieta zero; ocitocina; episiotomia; manobra de Kristeller, que carecem de evidências científicas que justifiquem sua indicação para essa clientela sem morbidade associada.<sup>1-2</sup>

Essas práticas podem envolver também atitudes desrespeitosas que causam dor, medo e experiências traumáticas para as grávidas, principalmente no momento do parto, bem como provocar danos à saúde física e psíquica da mãe e do bebê. Ressalta-se que as gestantes tendem a expressar desejos de que sua autonomia seja respeitada e de se sentirem seguras no parto, o que corrobora as recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto à promoção da qualidade da assistência para uma maternidade segura.<sup>3-4</sup>

A segurança é um dos atributos cruciais para a qualidade da atenção à saúde e é uma prioridade global. A cultura da segurança visa prevenir os erros no processo assistencial e os danos ou eventos adversos causados aos pacientes em consequência desses erros, a fim de propiciar cuidados seguros à clientela atendida nos serviços de saúde.<sup>5</sup>

A cultura de segurança do paciente é uma dimensão da cultura organizacional, pois é resultante de valores individuais e de grupo; crenças; atitudes; percepções; normas; procedimentos; competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso institucional com a gestão de segurança. Essa cultura pode ser prejudicada em virtude da má comunicação; falhas na liderança e trabalho em equipe; falta de sistemas de notificação; análise inadequada de eventos adversos; e conhecimento inadequado da equipe sobre a segurança do paciente.<sup>6</sup>

A organização de saúde é composta por departamentos, unidades ou alas onde atuam os grupos de profissionais, sendo que essas unidades diferenciadas desenvolvem tipos específicos de subculturas e correspondem ao ambiente de trabalho desses grupos. As subculturas podem favorecer a diminuição de erros, falhas e eventos adversos, além de melhorar os resultados e a satisfação com a assistência prestada. Contudo, podem ter variações nos seus valores e atuar como forças motrizes da mudança organizacional ou como contraculturas encobertas que solapam silenciosamente as novas iniciativas. Portanto, a organização pode ser vista como um sistema cultural dinâmico.<sup>7</sup>

Um estudo norte-americano considera que há escassez de pesquisas sobre as iniciativas de segurança do paciente em hospitais especializados em atenção obstétrica. Ao analisar as iniciativas de segurança nesses hospitais, foram identificadas lacunas em alguns deles, como a ausência ou limitações no uso de práticas baseadas em evidências; práticas simuladas em emergências obstétricas; revisões regulares dos casos de morbidade ou mortalidade; protocolos ou auditoria dos casos de parada de progressão do parto e frequência cardíaca fetal anormal; atraso em atividades de gerenciamento de segurança e qualidade, a exemplo do monitoramento dos indicadores e treinamento regular da equipe quanto à comunicação eficaz.<sup>8</sup>

Pesquisas nacionais têm sido conduzidas em hospitais gerais e de ensino, e, por vezes, com enfoque na equipe de enfermagem. Essas pesquisas encontraram resultados insatisfatórios no tocante ao clima de segurança; fragilidades na cultura organizacional relacionadas com a carga de trabalho; comunicação hierarquizada; problemas na supervisão e liderança gerencial; e dificuldade dos profissionais em admitir a possibilidade de erros por temerem punições.<sup>9-10</sup>

Esses resultados elucidam alguns dos desafios para a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde e indicam a necessidade de avanço no conhecimento sobre esse tema na área da atenção obstétrica hospitalar, sobretudo concernente à realidade brasileira. Em face desses desafios e imperativos para a melhoria da qualidade e segurança da assistência na área obstétrica, foi proposta a seguinte questão de pesquisa: como a cultura de segurança das mulheres no parto é avaliada pelos profissionais da enfermagem e medicina, e como eles percebem os fatores da instituição relacionados com essa cultura?

O estudo objetivou analisar a cultura de segurança das mulheres no parto e os fatores institucionais relacionados a partir da percepção dos profissionais de enfermagem e medicina.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo misto com desenho sequencial explanatório. Os estudos mistos se caracterizam pela combinação dos métodos quantitativo e qualitativo em uma mesma pesquisa. O caráter sequencial se refere à implementação de duas fases distintas, sendo uma inicial e outra subsequente, e a explanação assinala que uma fase é utilizada para explicar os achados gerados pela outra fase. A combinação desses dois métodos na mesma pesquisa possibilita aprofundar e ampliar o entendimento sobre o problema.<sup>11</sup>

No desenho sequencial explanatório, a fase inicial da pesquisa ocorre por meio do método quantitativo e fornece achados objetivos sobre o problema de pesquisa. A segunda fase é norteada pelo método qualitativo, pois este possibilita explicar os resultados quantitativos iniciais. Ao final, os resultados das fases quantitativa e qualitativa são integrados e interpretados com o intento de se compreender o problema de forma mais abrangente e detalhada.<sup>12</sup>

O estudo foi desenvolvido no Centro Obstétrico (CO) de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, no período de maio a julho de 2018. Essa instituição foi selecionada em virtude de ser referência para o cuidado de gestantes de risco obstétrico habitual, dispor de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto normal e constar na relação das instituições de saúde que possuíam, no ano de 2017, um Núcleo de Segurança do Paciente, conforme preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.<sup>13</sup>

Destaca-se que essa maternidade pública é administrada por uma Organização Social de Saúde e todos os seus profissionais têm vínculo trabalhista celetista. Em 2017, foram atendidos 5.329 nascimentos, sendo 3.830 por parto normal e os demais por cesariana. As enfermeiras obstétricas foram responsáveis por quase a metade dos nascimentos por parto normal, conforme os dados institucionais.

Os participantes foram os profissionais da enfermagem e medicina que atuam no CO da maternidade, considerados, para fins desta pesquisa, como a equipe profissional diretamente envolvida com a assistência nessa unidade da instituição. O CO é composto por uma ala com salas cirúrgicas e outra designada de Centro de Parto Normal, onde as parturientes de risco habitual permanecem em *boxes* individualizados durante o trabalho de parto e parto normal, e as enfermeiras obstétricas prestam os seus cuidados. Esse CO dispõe de 24 enfermeiras, sendo 18 enfermeiras obstétricas e as demais generalistas, além de 36 técnicas de enfermagem e 60 médicos, representados por 40 obstetras e 20 pediatras, perfazendo um total de 120 profissionais escalados nesse setor. A maioria desses profissionais é escalada sob regime de plantão.

A primeira fase da pesquisa mista foi representada por estudo do tipo *survey* e conduzida por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que foi validado e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa e realidade brasileira.<sup>14</sup>

O questionário HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança do hospital como um todo, de uma unidade ou setor hospitalar e de uma categoria profissional que integra o pessoal da instituição, como a enfermagem, por exemplo. Esse instrumento é composto por 42 itens que visam

mensurar a opinião ou percepção de cada profissional respondente a respeito de cada dimensão (D) da cultura de segurança do paciente.

As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente mensuradas pelo questionário HSOPSC são: D1 - Expectativas e ações dos supervisores/chefes que favorecem a segurança; D2 – Trabalho em equipe no âmbito da unidade; D3 - Aprendizagem organizacional e melhorias contínuas; D4 - Abertura para comunicação; D5 - Retorno das informações e comunicação de erros; D6 - Respostas não punitivas aos erros; D7 - Adequação de pessoal; D8 - Trabalho em equipe entre as unidades; D9 - Apoio da gestão hospitalar; D10 - Passagem de plantão ou transferências internas; D11 - Percepções gerais da segurança do paciente; e D12 - Frequência de incidentes relatados.

Essas dimensões estão distribuídas em quatro sessões do questionário HSOPSC. A primeira sessão tem questões sobre os dados sociodemográficos dos profissionais; a segunda abrange perguntas sobre a unidade de trabalho no hospital relativas às sete primeiras dimensões, de D1 a D7; a terceira investiga a organização hospitalar e corresponde a três dimensões, de D8 a D9; e a última versa sobre as duas últimas dimensões que avaliam o resultado da cultura de segurança, D11 e D12, com o acréscimo de perguntas acerca do número de eventos notificados nos últimos 12 meses e da avaliação global da cultura de segurança, cujas respostas variam de “excelente” a “muito ruim”.

O questionário HSOPSC apresenta itens com respostas do tipo Likert de cinco pontos, que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” e de “nunca” a “sempre”. Há itens com afirmações redigidas positivamente e as respostas concordantes são consideradas positivas para a cultura de segurança, ao passo que outros itens são apresentados com redação negativa e as respostas discordantes são também consideradas positivas para a cultura de segurança.

Como o estudo foi restrito aos profissionais da enfermagem e medicina do CO da maternidade, fez-se necessária a adaptação da sétima pergunta do questionário quanto ao cargo ou função exercida pelo profissional respondente, uma vez que sua versão original contempla respostas concernentes às demais categorias profissionais, como nutricionista, assistente social, entre outras.

Na fase quantitativa da pesquisa, foram incluídos os profissionais da enfermagem e medicina atuantes no CO da maternidade e que prestavam assistência direta às mulheres no trabalho de parto e parto e foram excluídos aqueles que atuavam nessa assistência há menos de um ano. Partiu-se da premissa de que os profissionais com menos de um ano de trabalho na maternidade estão em fase de ambientação na cultura organizacional da instituição.

Os profissionais elegíveis para o estudo foram captados no próprio ambiente de trabalho. Realizou-se uma reunião prévia, em que participaram uma das pesquisadoras deste estudo, as chefias imediatas e os profissionais do CO, para divulgar o estudo e seus objetivos. Esses profissionais receberam esclarecimentos sobre as finalidades do estudo, no início ou término dos plantões diurnos e noturnos. Embora tenham sido disponibilizados diferentes dias e horários para preenchimento e entrega do questionário, poucos profissionais o responderam, com a principal justificativa de disporem de pouco tempo frente à demanda de trabalho no setor.

Em vista dessas dificuldades, a equipe de pesquisa optou por estudar uma amostra intencional e, portanto, não probabilística. O questionário HSOPSC foi aplicado pela primeira pesquisadora para os profissionais que aceitaram participar da pesquisa. O instrumento foi respondido pelos participantes e devolvido no início ou final dos turnos de trabalho, antes ou após a passagem dos plantões do dia e da noite, ou nos intervalos da atividade laboral, a fim de reduzir as perdas na produção de dados. Foram distribuídos 33 questionários, porém cinco não foram devolvidos pelos respondentes e dois foram descartados por preenchimento incompleto.

A análise das respostas às seções do questionário HSOPSC foi realizada conforme as recomendações da *Agency for Healthcare Research and Quality*, agência norte-americana que criou este instrumento e preconiza o cálculo das respostas positivas nos itens que compõem as

doze dimensões da cultura de segurança de acordo com os seguintes percentuais: 75% ou mais representam uma cultura de segurança fortalecida; menos de 75% e mais de 50% denotam uma faixa de neutralidade e que há potencial de melhoria da cultura de segurança; e 50% ou menos correspondem a uma cultura de segurança fragilizada.<sup>15</sup>

Na fase qualitativa, os participantes incluídos foram aqueles que responderam o questionário HSOPSC, e seguiram-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão adotados na fase quantitativa deste estudo. A seleção dos participantes elegíveis deu-se por meio de sorteio conduzido a partir de uma relação nominal dos profissionais de enfermagem e médicos escalados segundo os turnos de trabalho no CO, buscando-se contemplar a representatividade de cada categoria profissional e turno de atividade laboral.

Os dados qualitativos foram obtidos com a aplicação de entrevistas individuais, gravadas em meio digital e realizadas em uma sala de descanso da equipe, próxima ao CO. As entrevistas foram conduzidas com o apoio de roteiro semiestruturado, constituído de duas partes: a primeira com questões destinadas à caracterização dos participantes e a segunda com perguntas abertas que indagavam os profissionais acerca da assistência segura das mulheres no parto e dos fatores envolvidos com a cultura de segurança dessa assistência no CO.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a análise de conteúdo temática para a descoberta dos núcleos de sentido que compunham a comunicação e a sua frequência de aparição, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção.<sup>16</sup> As entrevistas cessaram quando não houve o surgimento de novos códigos ou temas durante a análise.

Essa análise foi concluída em três fases: na primeira, denominada pré-análise, as entrevistas foram transcritas, organizadas e lidas de forma fluante a fim de se identificarem os recortes de texto coerentes com o objetivo do estudo; na segunda fase, a exploração do material foi realizada a partir da equivalência semântica para agrupar as Unidades de Registro (UR) segundo os temas correspondentes, o que possibilitou a construção das categorias temáticas - esta segunda fase da análise foi revisada por uma pesquisadora da equipe que não participou da coleta de dados; por fim, no tratamento dos resultados, foram procedidas as inferências e interpretações<sup>16</sup>, de acordo com os conceitos e pressupostos da Cultura de Segurança do Paciente.<sup>3-8,13</sup>

O estudo seguiu as normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos. Os participantes foram aqui designados pela categoria profissional e ordem de concessão das entrevistas.

## RESULTADOS

Na fase quantitativa, 26 (100%) profissionais da enfermagem e medicina responderam o questionário HSOPSC, correspondendo a uma taxa de resposta de 21,6% do total de profissionais do CO. Quase a totalidade desses respondentes era do sexo feminino (96,2%) e apenas um enfermeiro era do sexo masculino. Em face disso, os profissionais foram aqui designados pelo gênero feminino.

Esse grupo de participantes do estudo foi constituído por nove (34,6%) enfermeiras, nove (34,6%) técnicas de enfermagem e oito (30,8%) médicas atuantes no CO da maternidade pesquisada; e a maioria delas (57,7%) trabalha de 20 a 39 horas semanais e de um a cinco anos na instituição (88,5%).

Todas as 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas pelas respondentes tiveram percentuais abaixo de 75% de repostas positivas. O percentual médio das respostas foi de 48,14%, o que sugere uma cultura de segurança fragilizada nesse setor da maternidade. As frequências mais elevadas de repostas positivas foram nas dimensões Aprendizagem organizacional e melhorias contínuas (70,4%); Trabalho em equipe no âmbito da unidade (69,7%); e Respostas não punitivas aos erros (62,6%).

Os menores percentuais foram observados nas dimensões da cultura: Percepções gerais da segurança do paciente (31,8%); Adequação de pessoal (31,5%); e Passagem de plantão e transferências internas (30,6%). Esses dados podem ser visualizados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Percentual das respostas positivas nas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente no Centro Obstétrico de uma maternidade pública. RJ, Brasil, 2018. (n=26)

Dimensões	Equipe Obstétrica		
	Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva
Expectativas e ações dos supervisores/chefes	43,1	15,0	41,9
Trabalho em equipe dentro da unidade	12,3	18,0	69,7
Aprendizagem organizacional e melhorias contínuas	13,9	15,7	70,4
Abertura para comunicação	34,6	13,9	51,5
Retorno das informações e comunicação de erros	17,9	28,2	53,9
Respostas não punitivas aos erros	14,5	22,9	62,6
Adequação do pessoal	41,2	27,3	31,5
Trabalho em equipe entre as unidades	38,5	27,7	33,8
Apoio da gestão hospitalar	27,0	21,9	51,1
Passagem de plantão e transferências internas	54,5	14,9	30,6
Percepções gerais da segurança do paciente	40,3	27,9	31,8
Frequência de incidentes relatados	34,4	16,7	48,9

Em relação às notificações de incidentes nos últimos doze meses, 88,5% das profissionais responderam que não fizeram qualquer notificação de eventos. O conceito “regular” para a segurança das pacientes no CO foi o mais frequente (42,3%) atribuído pelas participantes, seguido dos conceitos “muito bom” (26,9%), “excelente” (15,5%) e “muito ruim” (15,3%).

A fase qualitativa do estudo contou com a participação de doze profissionais do sexo feminino: cinco enfermeiras obstetras, três técnicas de enfermagem e quatro médicas, sendo estas duas obstetras e duas pediatras. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 10 participantes trabalhavam na maternidade de um a cinco anos e duas profissionais há seis anos.

A análise de conteúdo das entrevistas possibilitou a construção das categorias temáticas descritas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Percentual das Unidades de Registro tematicamente agrupadas e suas categorias correspondentes. RJ, Brasil, 2018. (n=318)

Categorias	Unidades de Registro agrupadas	%
Assistência segura das mulheres no parto hospitalar	Prevenção de incidentes	28,9
	Adequação dos cuidados prestados	15,7
Fatores restritivos da cultura de segurança no Centro Obstétrico	Desconhecimento sobre as ações de segurança do paciente	26,5
	Deficiência na uniformidade da assistência	14,8
	Quantitativo de pessoal reduzido	14,1

### Primeira categoria: Assistência segura das mulheres no parto hospitalar

As profissionais de enfermagem e medicina do CO consideram que a assistência segura das parturientes ocorre por meio da prevenção de incidentes, como reduzir os erros e danos durante o processo assistencial; realizar cuidados técnicos em conformidade com os protocolos assistenciais; identificar corretamente as mulheres e seus filhos recém-nascidos; e prevenir a ocorrência de quedas, como se pode observar nos seguintes depoimentos: [...] *É prestar assistência com um grau máximo de segurança possível para evitar erros e minimizar os agravos que podem acontecer devido ao erro humano na assistência* (Enfermeira E4).

[...] *Assistência segura é uma assistência adequada, que segue os protocolos [...] das maternidades públicas. Nós seguimos os consensos nacionais e internacionais* (Médica E10).

[...] *Toda equipe orienta também sobre a segurança do paciente, que o principal para nós é sobre o banheiro, que às vezes fica muito molhado. Orientamos para ela [paciente] andar de chinelo, não andar descalça, andar devagar e, se estiver muito molhado, nos avisar para chamarmos a equipe de limpeza e ir secando* (Enfermeira E2).

[...] *Primeiramente, a identificação. É o nome certo. Às vezes, há pacientes com o mesmo nome, aí temos que colocar o nome, sobrenome e a data de nascimento* (Técnica de enfermagem E3).

## **Segunda categoria: Fatores restritivos da cultura de segurança no Centro Obstétrico**

Os fatores restritivos da cultura de segurança que emergiram das falas das profissionais foram o desconhecimento das ações institucionais quanto à segurança das pacientes, deficiência na uniformidade das condutas adotadas pela equipe e limitações no quantitativo de pessoal em face da demanda assistencial, como manifestam as falas a seguir: [...] *Deve ter aqui, mas nunca ouvi falar do Núcleo Segurança do Paciente. Não conheço. Mas eu acho que tem sim* (Médica E5).

[...] *Núcleo de Segurança do Paciente?! Ai... já ouvi falar. O daqui da maternidade?! A gente conhece [...] mas assim [...] é melhor dizer que conhece e que tem, entendeu?! Mas nunca vi atuando. Ninguém vem, orienta, fala nada* (Técnica de Enfermagem E3).

[...] *Aqui tem protocolo sim, tem o POP [Procedimento Operacional Padrão], um livro com os Procedimentos Operacionais Padrão, tem tudo direitinho. Nós seguimos [o POP], mas é claro que [...] assim, cada plantão varia um pouco* (Enfermeira E2).

[...] *Eu acho que deixam mais propensos ao erro: a grande demanda [de atendimento] e o número de funcionários reduzido. Isso ajuda a ter falhas* (Enfermeira E8).

## **DISCUSSÃO**

A cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde tem despertado a atenção de pesquisadores, gestores e trabalhadores no país. Os questionários autoaplicáveis são amplamente utilizados para analisar as dimensões dessa cultura e identificar suas principais fragilidades e fortalezas, mas podem demandar tempo e ser entediantes para os respondentes, o que repercute negativamente na taxa de resposta dos participantes.<sup>14</sup>

Em estudos nos hospitais brasileiros, a taxa de resposta dos profissionais elegíveis ao questionário HSOPSC variou de 44,8 a 13,6%. Na fase quantitativa desta pesquisa mista, essa taxa foi de 21,6% do total de enfermeiras e médicas do CO, sugerindo que, em nosso meio, a aplicação desse instrumento é desafiadora e requer estratégias para sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância de sua participação no avanço do conhecimento sobre a temática, uma vez que a taxa de resposta do questionário pode ser incluída entre os indicadores da cultura de segurança.<sup>14,17</sup>

No entanto, apesar desses limites impostos à precisão do presente estudo em retratar a realidade da cultura de segurança percebida pelas profissionais de enfermagem e medicina do CO da maternidade pesquisada, constatou-se que nenhuma das 12 dimensões aferidas alcançou o parâmetro de cultura de segurança fortalecida. De forma semelhante, uma pesquisa nacional, realizada com as equipes de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva e três hospitais gerais, identificou fragilidades na maioria das dimensões da cultura de segurança avaliadas, denotando que a segurança das pacientes precisa avançar nas unidades hospitalares.<sup>17-18</sup>

As dimensões da cultura de segurança relacionadas à unidade de trabalho foram avaliadas como áreas com potencial de melhoria da cultura de segurança pelas participantes deste estudo, com exceção da dimensão relativa à adequação do pessoal. Entre essas áreas potenciais, destacaram-se a Aprendizagem organizacional e melhorias contínuas; Trabalho em equipe na unidade e Respostas não punitivas aos erros. Essas áreas são as mais auspiciosas para o avanço da cultura de segurança no

CO da maternidade, pois um ambiente de trabalho favorável ao aprendizado e à integração da equipe propicia o comprometimento dos profissionais com as mudanças da cultura nos serviços de saúde.<sup>19</sup>

Apesar dessas potencialidades, mostraram-se fragilizadas todas as dimensões pertinentes à organização da instituição, tendo os percentuais das respostas positivas ficado abaixo de 50%, como o Apoio dos supervisores/chefes para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Passagem de plantão e transferências internas. Esse mesmo achado foi verificado nas duas dimensões relativas ao resultado, que integram as Percepções gerais da segurança do paciente e a Frequência de incidentes relatados. A fragilidade nessas duas dimensões foi corroborada pelo conceito “regular” na avaliação global da cultura de segurança e pela raridade das notificações de eventos nos últimos 12 meses.

O compromisso organizacional é fundamental para que os profissionais percebam a segurança do paciente como uma prioridade na instituição, possibilitando-lhes criar posturas comprometidas e confiantes na aprendizagem com os eventos de segurança. As organizações com uma cultura de segurança positiva têm comunicação baseada na confiança mútua; percepções compartilhadas acerca da segurança dos pacientes; crença no apoio dos líderes, gestores e gerentes; e valorização das medidas preventivas e preditivas dos incidentes a partir da gestão de risco, do processo de monitoramento e plano de intervenção sobre os problemas identificados.<sup>5-6</sup>

A cultura no âmbito das organizações de saúde e a mudança cultural são vistas como estratégicas para o alcance da melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. Na atenção obstétrica brasileira, a mudança cultural tem sido um tema recorrente em razão de a cultura assistencial predominante ser caracterizada pelas inadequações e intervenções desnecessárias. Essa cultura obstétrica dominante está mais pautada na tradição de rotinas, hábitos e práticas cristalizados do que propriamente em valores, comportamentos e atitudes que têm como norte as evidências científicas e colocam as mulheres no centro da relação de cuidado.<sup>1-2</sup>

As profissionais da enfermagem e medicina, participantes desta pesquisa, demonstraram conhecer os atributos básicos de uma assistência segura das mulheres no parto, como aquela que é prestada de acordo com os protocolos assistenciais e capaz de prevenir a ocorrência de erros e danos. Também mencionaram duas metas internacionais da segurança, representadas pela identificação correta do paciente e a prevenção de quedas. No entanto, as falas sugerem que essas metas foram inseridas de forma protocolar na rotina assistencial, visto que não fizeram referência às demais ações preconizadas para a segurança das pacientes, a exemplo da notificação de incidentes, construção e monitoramento dos indicadores e medidas para prevenção e controle dos riscos.<sup>8</sup>

Essas profissionais expressaram desconhecimento acerca da existência e atuação do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição. Vale frisar que essa instância organizacional foi criada pela Política Nacional de Segurança do Paciente em 2013 e que a ela compete promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, como a gestão de risco; notificação dos incidentes; planejamento de segurança do paciente da instituição; elaboração dos protocolos de segurança; e monitoramento dos indicadores, entre outras atribuições.<sup>13</sup> Portanto, esse desconhecimento talvez possa explicar a incipiência na cultura de segurança aferida pelo questionário HSOPSC e indicar possíveis desafios operacionais e no cumprimento de suas atribuições.

Uma revisão integrativa evidenciou fatores associados à implementação e ao sucesso de programas de melhoria da qualidade e gestão de riscos em hospitais. Os fatores facilitadores identificados foram: 1) governança por meio de liderança forte e comprometida com o desenvolvimento das ações de melhoria de qualidade; 2) gestão da qualidade por meio de equipe competente, multidisciplinar e disponível para estabelecer as melhores práticas nos projetos de qualidade, cultura e empoderamento do paciente; 3) organização do trabalho por meio da difusão das recomendações; produção de protocolos baseados em evidências; capacitação profissional; trabalho em equipe integrado e colaborativo; recursos materiais e financeiros necessários.<sup>20</sup>

Na presente pesquisa, as áreas com potencial de melhoria da cultura de segurança podem ser relacionadas com alguns dos fatores acima descritos. As falas dos profissionais também valorizam a prevenção de incidentes e adequação da assistência, denotando que a equipe obteve algumas conquistas que precisam ser reconhecidas para estimulá-la a avançar nas ações de segurança das mulheres no parto.

Os fatores limitantes na implementação e sucesso de programas de melhoria da qualidade e gestão de riscos identificados pela revisão integrativa foram: 1) falhas no sistema local em produzir, disseminar e apropriar guias de melhores práticas; 2) falta de recursos materiais, tempo e capital humanos; 3) dificuldade no acesso e inadequação do sistema de informação; 4) falta de habilidade ou conhecimento; limitações na percepção de risco; negação da realidade e dos sentimentos do paciente.<sup>20</sup>

Alguns desses fatores limitantes também foram aqui identificados, como as fragilidades nas dimensões da cultura de segurança relacionadas com o apoio dos supervisores/chefes; adequação de pessoal; passagem de plantão e transferências internas; trabalho em equipe entre as unidades da instituição; e baixa frequência de incidentes relatados. Além dessas fragilidades, as falas das profissionais sublinharam o desconhecimento da equipe sobre as ações de segurança do paciente; deficiência na uniformidade da assistência; e reduzido quantitativo de pessoal no CO da maternidade pesquisada.

Esse conjunto de fragilidades requer aperfeiçoamento do processo gerencial e melhoria na organização do trabalho para a adequada implementação das ações de segurança das mulheres no parto. Ademais, demanda avanços na elaboração, difusão e adesão aos protocolos baseados em evidências; capacitação contínua dos profissionais; trabalho em equipe integrado e colaborativo; e empoderamento das mulheres para a qualificação e segurança da assistência obstétrica.<sup>5-6,20</sup>

Outro aspecto a ser salientado é que a cultura hospitalar pode impactar de forma positiva ou negativa o trabalho das equipes das unidades que compõem a instituição e, por conseguinte, a qualidade e o resultado dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Portanto, para que ocorra a mudança cultural na instituição, deve-se ter uma abordagem sistêmica dos componentes internos e externos à organização, como a logística, os meios e os recursos providos pela gestão da rede de atenção de saúde, bem como o envolvimento da clientela, da equipe e dos líderes desses serviços, para que saibam, com clareza, como alcançar essa mudança. Isto inclui o conhecimento sobre os processos e as ferramentas a serem adotados para a melhoria da segurança das mulheres e seus filhos durante a assistência ao parto.<sup>7</sup>

Destaca-se também que o programa de saúde para a melhoria da segurança do paciente nos serviços do Sistema Único de Saúde é relativamente recente no país e os resultados aqui descritos sugerem que as ações de segurança estão em desenvolvimento, mas ainda são incipientes, o que convoca profissionais, gestores, gerentes e usuários da unidade de saúde a envidarem esforços para a sua plena implementação por meio da atuação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente no serviço.

Desse modo, a implementação das medidas de segurança do paciente 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.

Por fim, cabe ressaltar que o presente estudo apresenta limitações em virtude de seus resultados não serem representativos da equipe de enfermagem e medicina do CO estudado e, portanto, devem ser apreciados com cautela e não podem ser generalizados para as demais unidades hospitalares.

## CONCLUSÃO

A pesquisa mista encontrou fragilidades na maioria das dimensões da cultura de segurança avaliadas, sobretudo nas áreas da organização institucional, sendo corroboradas pelo desconhecimento

da equipe sobre as ações realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente; uniformidade deficiente da assistência; e quantitativo reduzido de pessoal para a assistência das parturientes no CO da maternidade estudada.

Apesar dessas fragilidades na cultura de segurança, a equipe tem noções sobre a assistência segura das mulheres no parto, caracterizando-a como aquela que previne erros e danos, e que está de acordo com os protocolos assistenciais. Esta equipe atua na identificação correta das mulheres e recém-nascidos e na prevenção de quedas no CO. As áreas com potencial de melhoria são as dimensões da cultura de segurança concernentes à unidade de trabalho, com melhor avaliação nas áreas da Aprendizagem organizacional; Trabalho em equipe na unidade e Respostas não punitivas aos erros.

Espera-se que os achados aqui descritos possam contribuir para agregar novas perspectivas sobre a cultura organizacional e de segurança do paciente com referência às especificidades da cultura assistencial obstétrica no período do parto, assim como sensibilizar os profissionais de saúde e motivar pesquisadores para que os estudos avancem o conhecimento sobre o tema e sejam ampliados para os demais seguimentos da atenção à saúde materna, a exemplo do pré-natal e puerpério.

## REFERÊNCIAS

1. Portela MC, Reis LGDC, Martins M, Rodrigues JLDSQ, Lima SML. Obstetric care: challenges for quality improvement. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 30];34(5):e00072818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072818>
2. Monguilhott JJDC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nacer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 30];52:1. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>
3. Rönnerhag M, Severinsson E, Haruna M, Berggren I. Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 30];20(3):331-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12558>
4. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jun 30];122(8):1045-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
5. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 2];18(1):654. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>
6. Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2015 Mar [acesso 2019 Jul 2];62(1):102-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12159>
7. Mannion R, Smith J. Hospital culture and clinical performance: where next? *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 2];27(3):179-181. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007668>
8. Lundsberg LS, Lee HC, Dueñas GV, Gregory KD, Grossetta Nardini HK, Pettker CM, Illuzzi JL, Xu X. Quality assurance practices in obstetric care: a survey of hospitals in California. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 2];131(2):214-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002437>
9. Schonke C, Lunardi WD Filho, Lunardi G, Da Silveira R, Rodrigues MC, Guerreiro M. Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jun 17];15(41):233-43. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/administracion3.pdf>

10. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F et al. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 2];37(4):e58662. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>
11. Creswell JW, Clark VLP. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.
12. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Matsuda LM. Mixed methods in nursing research: application possibilities according to Creswell. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 9]; 27(2):e0560017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, DF (BR): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2014.
14. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 9];32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
15. Sorra J, Gray L, Streagle S, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication n. 18-0036-EF. Rockville, Maryland (USA): Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP (BR): Edições 70; 2011.
17. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCM Filho, Vieira RF Júnior, Farias LPC, Santos CCMD, Gama ZADS. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 18];23(1):161-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
18. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jun 19]; 25(2):e1610015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
19. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vicente C, Lopez KD, Parque CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Jul 19];41(2):279-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
20. Michel P, Roberts T, Porro Z, Es-seddiqi H, Saillour F, et al. What are the barriers and facilitators to the implementation and/or success of quality improvement and risk management in hospitals: a systematic literature review. *J Epidemiol Public Health Rev* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 19];1(4):e8. Disponível em: <https://doi.org/10.16966/2471-8211.123>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2019.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Nicácio MC, Pereira ALF.

Coleta de dados: Nicácio MC, Neto MO.

Análise e interpretação dos dados: Nicácio MC, Almeida LF.

Discussão dos resultados: Nicácio MC, Neto MO, Pereira ALF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Penna LHG, Almeida LF.

Revisão e aprovação final da versão final: Pereira ALF.

### FINANCIAMENTO

A pesquisa recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, parecer n. 2.588.977/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 81896117.0.3001.5279.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### HISTÓRICO

Recebido: 13 de setembro de 2019.

Aprovado: 18 de março de 2020.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira  
adrianalenho.uerj@gmail.com

