

Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal

Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study

Cultura de seguridad del paciente en unidades hospitalarias de ginecología y obstetricia: estudio transversal

Juliana Maria Almeida do Carmo^I

ORCID: 0000-0003-1572-0513

Isabel Yovana Quispe Mendoza^{II}

ORCID: 0000-0002-7063-8611

Vania Regina Goveia^{III}

0000-0003-2967-1783

Kleyde Ventura de Souza^{IV}

0000-0002-0971-1701

Bruna Figueiredo Manzo^V

0000-0003-0064-9961

Gilberto de Lima Guimarães^{VI}

0000-0001-6027-372X

^IUniversidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas,
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,
Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>

Autor Correspondente:

Isabel Yovana Quispe Mendoza
E-mail: isabelyovana@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 01-08-2019

Aprovação: 20-03-2020

RESUMO

Objetivos: avaliar a cultura de segurança do paciente da equipe de saúde que atua em três maternidades. **Métodos:** estudo observacional, transversal, comparativo. Participaram do estudo 301 profissionais. Utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* validado no Brasil. Para a análise dos dados, considerou-se área forte na cultura de segurança do paciente quando as respostas positivas atingiram acima de 75%; e áreas que precisam de melhorias quando as respostas positivas atingiram menos de 50%. Para a comparação dos resultados, empregou-se desvio-padrão e regra do polegar. **Resultados:** das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, nenhuma obteve escore acima de 75%, sendo nove dimensões com escore entre 19% e 43% e três dimensões entre 55% e 57%. **Conclusões:** não foram identificadas dimensões fortes para cultura de segurança nas três maternidades. Acredita-se que esses resultados possam contribuir na elaboração de políticas que promovam a cultura de segurança nas instituições.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia; Estudos Transversais; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to assess the patient safety culture of the health team working in three maternity hospitals. **Methods:** observational, cross-sectional, comparative study. 301 professionals participated in the study. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire validated in Brazil was used. For data analysis, it was considered a strong area in the patient safety culture when positive responses reached over 75%; and areas that need improvement when positive responses have reached less than 50%. To compare the results, standard deviation and thumb rule were used. **Results:** of the 12 dimensions of patient safety culture, none obtained a score above 75%, with nine dimensions scoring between 19% and 43% and three dimensions between 55% and 57%. **Conclusions:** no strong dimensions for safety culture were identified in the three maternity hospitals. It is believed that these results may contribute to the development of policies that promote a culture of safety in institutions.

Descriptors: Patient Safety; Organizational Culture; Hospital Gynecology and Obstetrics Unit; Cross-Sectional Studies; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la cultura de seguridad del paciente de la equipo de salud que actúa en tres maternidades. **Métodos:** estudio observacional, transversal, comparativo. Participaron del estudio 301 profesionales. Se ha utilizado el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* validado en Brasil. Para el análisis de los datos, ha sido considerado área fuerte en la cultura de seguridad del paciente cuando las respuestas positivas atingieron arriba de 75%; y áreas que precisan de mejorías cuando las respuestas positivas atingieron menos de 50%. Para la comparación de los resultados, se empleó desviación típica y regla del pulgar. **Resultados:** de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, ninguna obtuvo puntuación arriba de 75%, siendo nueve dimensiones con puntuación entre 19% y 43% y tres dimensiones entre 55% y 57%. **Conclusiones:** No han sido identificadas dimensiones fuertes para cultura de seguridad en las tres maternidades. Se cree que esos resultados puedan contribuir en la elaboración de políticas que promuevan la cultura de seguridad en las instituciones.

Descritores: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Unidad Hospitalaria de Ginecología y Obstetrícia; Estudios Transversales; Equipo de Asistencia al Paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos pilares de sustentação da qualidade do cuidado em âmbito mundial e nacional. No cenário internacional, a *World Alliance for Patient Safety* propõe ações para o enfrentamento dos problemas emergentes de segurança do paciente⁽¹⁻²⁾. Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013. Ambos constituem-se em marcos regulatórios que permitem a incorporação na pragmática da saúde brasileira de ações pró-segurança e fomenta o debate sobre a temática⁽³⁻⁴⁾.

Sabe-se que os profissionais de saúde estão inseridos em uma prática social e científica. Enquanto participantes de uma prática social, pertencem ao mundo da cultura, possuindo crenças, mundivências e valores que direcionam o agir. Existem valores que as pessoas têm em si; e outros, pertencentes a uma instituição que visa promovê-los a fim de estimular comportamentos⁽⁵⁻⁶⁾.

Nesse sentido, toda política para intervir na prática profissional — na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde — deverá ter como fulcro mover o profissional de saúde à crítica e à reflexão sobre o agir, com objetivo de retificar ou ratificar os valores que fundam a sua pragmática e, assim, diminuir a morbimortalidade nos pacientes provocadas pelos eventos adversos (EA). A cultura de segurança do paciente é conceituada como conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde. Portanto, faz-se necessário analisar e compreender os EAs, sinalizando aos sistemas de saúde a necessária mudança da cultura de segurança do paciente⁽⁶⁻⁷⁾.

Avaliar a cultura de segurança do paciente nas organizações tornou-se uma necessidade, especialmente na área obstétrica, uma vez que os dados na literatura científica são escassos. Essa avaliação permitirá identificar a existência de áreas fortes e áreas com oportunidades de melhorias, revelar tendências ao longo do tempo e definir intervenções específicas que impactarão a segurança do paciente. Em relatório da Joint Commission (2004) foram analisados eventos-sentinelas de morte perinatal e acidentes durante o parto que revelaram falhas de segurança. Os fatores contribuintes de morte perinatal foram identificados e classificados: em 47 casos, 72% deles são relacionados à comunicação; 55%, à cultura organizacional; 47%, à competência da equipe, entre outros⁽⁸⁾.

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.

Sabese que o avanço tecnológico não consegue, de modo isolado, sustentar a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e neonatal. Por isso, avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção obstétrica se reveste de fundamental importância. Na prática obstétrica e, notadamente, no cenário da maternidade, a obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais complexas que dependem de esforços contínuos dos membros da equipe de saúde⁽⁹⁾. Sendo assim,

este estudo apresenta a seguinte pergunta de pesquisa: Como é a cultura de segurança do paciente da equipe de saúde que atua em três maternidades?

OBJETIVOS

Avaliar a cultura de segurança do paciente da equipe de saúde que atua em três maternidades.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa atendeu à Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, mediante Parecer nº 2.027.964.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional, transversal, comparativo (*benchmarking*), sustentado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁰⁾. O *benchmarking* é uma ferramenta de gestão com processo sistemático e contínuo de medir e comparar as práticas de uma organização com outras, no sentido de obter informações e oportunidades que possam ajudar a melhorar o nível de desempenho das práticas⁽¹¹⁾.

O estudo foi realizado em três maternidades públicas, com atendimento exclusivo para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, e todas contam com Núcleo de Segurança do Paciente. Os hospitais desenvolvem atividades de ensino vinculadas à formação em saúde. Para preservar o anonimato, as instituições receberam letras do alfabeto, a saber: A, B e C.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a junho de 2017.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes ocorreu por amostragem de conveniência. O critério de inclusão foi trabalhar na unidade há no mínimo seis meses. Os critérios de exclusão foram (1) enfermeiros com afastamento legal do serviço, (2) ter respondido o mesmo questionário em outra instituição do estudo, (3) instrumentos que apresentaram mais de 10% de dados perdidos. Seguindo todos esses critérios, participaram da pesquisa 301 profissionais de saúde.

Protocolo do estudo

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), validado no Brasil por Reis⁽¹²⁾, que possui 42 itens distribuídos em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente (Quadro 1).

Foram cinco as variáveis categóricas, a saber: (a) realiza cuidado direto ao paciente; (b) tempo na instituição; (c) tempo na unidade obstétrica; (d) quantitativo de horas trabalhadas por semana no hospital; (e) cargo ou função. Essas variáveis foram analisadas utilizando-se das frequências absoluta e relativa.

Quadro 1 – Dimensões da cultura de segurança do paciente do HSOPSC, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017

Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC
D1 – Trabalho em equipe dentro das unidades
D2 – Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente pelos supervisores
D3 – Aprendizado organizacional
D4 – Retorno da informação e comunicação a respeito de erro
D5 – Abertura de comunicação
D6 – Adequação de pessoal
D7 – Respostas não punitivas aos erros
D8 – Suporte da gestão para a segurança do paciente
D9 – Trabalho em equipe entre as unidades
D10 – Passagem de plantão ou transferências internas
D11 – Percepções gerais sobre segurança do paciente
D12 – Frequência da notificação de eventos

Nota: HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, valeu-se do critério encontrado na literatura segundo o qual uma área é considerada forte na cultura de segurança do paciente quando os itens avaliados obtêm acima de 75% de respostas positivas (concordo/concordo totalmente), ou aqueles cujos itens escritos em sentenças negativas alcancem 75% das respostas negativas (discordo/discordo totalmente)⁽⁷⁾. A porcentagem estabelecida em 75% é arbitrária, podendo-se optar por uma porcentagem de corte maior ou menor. As áreas que precisam de melhorias são consideradas quando os itens avaliados obtêm menos de 50% de respostas positivas. Para o cálculo dos percentuais de respostas positivas das dimensões, utilizou-se o número de respostas positivas aos itens da dimensão, dividido pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. As respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 1 e 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente)

para as perguntas formuladas na forma negativa. A porcentagem estabelecida em 50% para áreas que precisam de melhorias evidencia que, se metade dos entrevistados não expressa opiniões positivas em relação a um problema de segurança, entende-se que há espaço para melhorias⁽⁷⁾.

Para a comparação dos resultados das diferentes dimensões da cultura de segurança do paciente, empregou-se a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que recomenda análise comparativa a partir do percentual de respostas positivas, do desvio-padrão e do *rule of thumb* (regra do polegar). Com o intuito de comparar os escores de porcentagem positiva dos hospitais, foi utilizado o desvio-padrão, que é uma medida de dispersão ou variabilidade dos resultados em torno da média. O resultado indica quanto o escore difere da média geral. Ao usar uma diferença de 5% indicada pelo *rule of thumb*, quando o desvio-padrão da média geral dos hospitais for igual ou superior a 5%, afirma-se que há diferença significativa⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 301 profissionais da equipe de saúde, distribuídos da seguinte forma: 86, do hospital A; 111, do hospital B; e 104, do hospital C. De acordo com a caracterização dos profissionais atuantes nas três maternidades, a maioria referiu ter contato direto com o paciente (91,9%, no hospital A; 95,5 %, no hospital B; e 97,1%, no hospital C). No que se refere ao tempo de atuação nas instituições, bem como nas unidades de trabalho, a maioria informou possuir até dez anos de exercício profissional. Quanto à jornada de trabalho: nos hospitais A e B, a maioria dos profissionais trabalha até 40 horas (64% e 52,3%); no hospital C, prevaleceu a jornada de trabalho superior a 40 horas (68,3%). Quanto ao item cargo/função, a categoria profissional predominante no hospital A e B foi o médico (48,8% e 47,8%); e no hospital C, 64% dos profissionais eram enfermeiros (Tabela 1).

A média geral do escore das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foi 40,7%. A seguir, apresentam-se a média geral nas maternidades, o desvio-padrão e o resultado do *benchmarking* a partir das respostas positivas dos profissionais que participaram do estudo (Tabela 2).

Tabela 1 – Características laborais da equipe de saúde nas três maternidades, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017

Caracterização da equipe de saúde		HA (N = 86)		HB (N = 111)		HC (N = 104)		Total (N = 301)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Contato com o paciente	Sim	79	91,9	106	95,5	101	97,1	286	95,0
	Não	07	8,1	05	4,5	03	2,9	15	5,0
Tempo na instituição (anos)	Até 10 anos	60	69,8	110	99,0	85	81,7	255	84,7
	De 11 a 20 anos	16	18,6	01	1,0	18	17,3	35	11,6
	21 a Mais	10	11,6	-	-	01	1,0	11	3,7
Tempo na unidade obstétrica (anos)	Até 10 anos	62	72,1	107	96,4	83	79,8	252	83,7
	De 11 a 20 anos	16	18,6	04	3,6	18	17,3	38	12,6
	21 a mais	08	9,3	-	-	03	2,9	11	3,6
Jornada de trabalho (semana)	Até 40 h	55	64,0	58	52,3	33	31,7	146	48,5
	Mais de 40 h	31	36,0	53	47,7	71	68,3	155	51,5
Cargo ou função	Auxiliar/Técnico de enfermagem	25	29,0	33	29,7	16	15,4	74	24,6
	Enfermeiro	08	9,4	13	11,7	67	64,4	88	29,2
	Médico	42	48,8	53	47,8	19	18,3	114	37,9
	Outros	11	12,8	12	9,9	02	2,0	25	8,3

Tabela 2 – Avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente nas três maternidades, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017

Dimensão	H1		H2		H3		Geral		Diferença ≥ 5%
	μ*	σ**	μ*	σ**	μ*	σ**	μ*	σ**	
Trabalho em equipe dentro das unidades	48	11	64	15	60	14	57	±8	Sim
Expectativa e ações do supervisor	60	13	67	13	44	10	57	±12	Sim
Aprendizado organizacional/melhoria contínua	53	20	59	7	54	8	55	±3	Não
Feedback e comunicação sobre erros	30	8	43	5	38	3	37	±7	Sim
Abertura para comunicação	41	17	44	12	33	16	39	±6	Sim
Quadro de funcionários	41	20	43	17	37	23	40	±3	Não
Resposta não punitiva ao erro	15	7	20	7	22	8	19	±4	Não
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	43	7	40	5	41	2	41	±2	Não
Trabalho em equipe entre as unidades	33	8	36	4	37	8	35	±2	Não
Transferências internas e passagens de plantão	38	9	47	12	43	2	43	±5	Sim
Percepção geral da segurança do paciente	33	20	41	14	30	13	35	±6	Sim
Frequência de eventos comunicados	30	23	23	5	39	2	31	±8	Sim

Nota: *Média percentual das respostas positivas dos itens desta dimensão; **Desvio-padrão.

Observaram-se sete dimensões com diferença significativa entre as três maternidades, respectivamente: “Trabalho em equipe dentro das unidades” – 48%, 64% e 60% (±8); “Expectativas e ações do supervisor” – 60%, 67% e 44% (±12); “Feedback e comunicação sobre erros” – 30%, 43% e 38% (±7); “Abertura para comunicação” – 41%, 44% e 33% (±6); “Transferências internas e passagens de plantão” – 38%, 47% e 43% (±5); “Percepção geral da segurança do paciente” – 33%, 41% e 30% (±6); “Frequência de eventos comunicados” – 30%, 23% e 39% (± 8).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos profissionais das três maternidades referiu ter contato direto com o paciente, o que denota a proximidade e as relações intrínsecas que esses trabalhadores mantêm com os pacientes.

Quanto ao tempo de exercício profissional na instituição e de atuação na área, a maior parte dos profissionais tinha até dez anos. Reconhece-se que o pouco tempo de trabalho em determinada área pode comprometer a segurança do paciente. No entanto, se houver o reconhecimento de que o tema “segurança do paciente” seja um valor fundamental por parte dos profissionais, a temática poderá ser abordada, e a pragmática não sofrerá influências deletérias nos níveis de segurança⁽¹⁴⁾.

Sobre a jornada de trabalho, em duas maternidades, ela foi menor que 40 horas semanais; na terceira, foi superior a esse valor. Sabe-se que, no cenário nacional, a jornada de trabalho, está garantida pela Constituição Federal, máxima de 8 horas diárias e 44 horas semanais. Modelos alternativos podem ser realizados desde que ajuizados por acordo coletivo, como a jornada de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso. Participantes da pesquisa de cultura de segurança em um hospital geral da Malásia informaram carga horária superior a 60 horas semanais. Jornadas longas e ininterruptas podem gerar impacto negativo à assistência segura do paciente por alterar o funcionamento psicológico e físico do profissional⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

No quesito cargo ou função, no hospital C, a maioria dos participantes é composta por enfermeiros. Esse resultado é atribuído à política institucional do hospital C, enquanto unidade modelo da Rede Cegonha para a formação de recursos humanos de enfermagem obstétrica. Na área da Saúde, a carreira da enfermagem constitui a metade da força de trabalho, e os enfermeiros têm sido

apontados como os principais responsáveis pela coordenação de equipes em diferentes níveis de atenção⁽¹⁸⁾.

O escore geral de cultura de segurança nas três maternidades pesquisadas foi de 40,7%. Das 12 dimensões, identificam-se 9 com porcentagem de respostas positivas inferior a 50%. Embora as instituições pesquisadas tenham seus núcleos de segurança do paciente, os achados não refletem a incorporação do valor “segurança do paciente” junto aos respondentes. Esses resultados são inferiores aos encontrados em outros estudos, como o realizado em um hospital geral na Malásia⁽¹⁷⁾ (50,1%) e na base de dados de hospitais de ensino da AHRQ, cuja média geral de cultura de segurança foi de 63%⁽¹²⁾. Considerando que, entre os resultados encontrados neste estudo, mais da metade das respostas foram negativas para a cultura de segurança, pressupõe-se haver necessidade de melhorias.

A dimensão “Expectativas e ações do supervisor” obteve maior diferença significativa (±12), considerada a mais preocupante de acordo com as respostas dos profissionais das três maternidades. No hospital C, foi a dimensão que apresentou menor percentual de respostas positivas (44%), muito inferior a dados encontrados em outros estudos, em que os hospitais apresentaram 65% e 67% de respostas positivas⁽¹⁹⁻²⁰⁾, bem como os hospitais de ensino da AHRQ, que apresentaram 77%⁽¹³⁾. Nessa dimensão, os profissionais consideram que os supervisores-chefes não se preocupam com questões referentes à segurança do paciente, o que revela uma situação crítica para a administração dos hospitais.

A promoção da cultura de segurança deve ser corresponsabilidade e prioridade de todos, sobretudo dos profissionais que ocupam cargos na hierarquia institucional. São eles que traçam as metas e planejam as políticas que objetivam fomentar o valor “segurança do paciente”. Por outro lado, supervisores conduzem os processos de trabalho no dia a dia. Se os gestores não estiverem comprometidos em promover a cultura de segurança do paciente, dificilmente os membros da equipe de saúde se sentirão comprometidos e responsáveis com a segurança do paciente⁽²¹⁾. Por outro lado, os autores de estudo realizado na Finlândia identificaram que os gerentes do hospital consideram seriamente as ações que podem melhorar a segurança do paciente⁽²⁰⁾.

Sobre a dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, evidenciou-se diferença significativa entre os profissionais das três maternidades (±8). A porcentagem de respostas positivas foi melhor para os hospitais B (64%) e C (60%), quando comparada

à do hospital A (48%). Esses resultados revelam haver pouca cooperação para o trabalho em conjunto, em especial entre os profissionais do hospital A. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado em dois hospitais, sendo um no Brasil e outro em Portugal⁽²²⁾. Por isso, a fim de construir corresponsabilização dos envolvidos na segurança do paciente, deve-se substituir o trabalho individual e parcelado pelo articulado e integrado⁽²³⁾. Os resultados de hospitais de ensino revelados no relatório da AHRQ são bem superiores aos mencionados anteriormente, em que 80% revelam uma cultura de segurança forte para essa dimensão⁽¹³⁾.

“Frequência de eventos comunicados” foi outra dimensão que mostrou diferença significativa (± 8) entre os profissionais das três maternidades, com percentuais de 30% no hospital A; 23%, hospital B; e 39%, hospital C. Observa-se que, nas três instituições, a porcentagem de notificação de erros é baixa. Isso pode estar ocorrendo pela falta de instrumentos de notificação dos eventos adversos e pela cultura do “silêncio” institucional. Destaca-se que os enfermeiros do hospital B comunicaram os erros com menor frequência. A literatura aponta que o desconhecimento ou a falta de compreensão da equipe de que qualquer profissional está sujeito ao erro pode desencadear, para este, sentimentos de vergonha, culpa e medo, o que pode ser agravado pela cultura punitiva, predominante nas instituições em estudo, e contribuir para a omissão das falhas⁽²⁴⁾.

Outra dimensão que revelou diferença significativa entre os profissionais foi “Feedback e comunicação sobre erros” (± 8), cujo percentual de respostas positivas foi de 30% para o hospital A, 43% e 38% para os hospitais B e C, respectivamente. Esse resultado, similar ao encontrado na literatura científica⁽²²⁾, demonstra que os diferentes profissionais atuantes nessas unidades têm pouco retorno sobre o processo de condução dos erros notificados.

Uma forma de identificar os fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos é por meio de sua análise. O conhecimento mais aprofundado sobre os eventos ocorridos na unidade pode auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado prestado⁽²⁵⁻²⁶⁾. Um estudo de intervenção avaliou a cultura de segurança antes e depois da intervenção educativa e chegou a resultados importantes, pois reportar erros ajudou na identificação das oportunidades de melhorias, na compreensão das situações de risco e no aprendizado para prevenir ocorrências similares⁽²⁰⁾.

A dimensão “Abertura para comunicação” revelou diferença significativa entre os profissionais das três maternidades (± 6), com percentuais de respostas positivas de 33% a 44%. Nessa dimensão, os profissionais das instituições perceberam haver reduzida liberdade para relatar situações que podem afetar a segurança do paciente. Resultados superiores foram encontrados no estudo de Tomazoni⁽²⁷⁾, em que enfermeiros e médicos obtiveram 55% de respostas positivas para essa dimensão. Nos hospitais de ensino da AHRQ, o escore para essa dimensão foi 62%⁽¹³⁾. O processo de comunicação merece atenção redobrada pelas lideranças das organizações hospitalares. Atualmente, a comunicação aberta e transparente torna-se um desafio para os líderes no dia a dia; no entanto, deve ser incorporada como elemento indispensável na condução do trabalho⁽²⁸⁾.

Diferença significativa entre os profissionais das três maternidades foi constatada também na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” (± 6), cujos percentuais de respostas

positivas variaram de 30% a 41%. Estudo realizado em hospital psiquiátrico encontrou resultados semelhantes (42%)⁽²⁰⁾, mas os hospitais de ensino do AHRQ reportaram percepção geral da segurança do paciente acima daqueles valores (63%)⁽¹³⁾. Segundo esses resultados, os profissionais reconhecem que os sistemas não são eficientes para prevenir erros. Fatores como a fadiga, excesso de trabalho, quadros de pessoal insuficiente, procedimentos e sistemas pouco seguros podem comprometer a segurança do paciente⁽²⁹⁾.

A dimensão “Transferências internas e passagens de plantão” apresentou diferença significativa entre os profissionais (± 5), cujos percentuais de respostas positivas foram inferiores a 50% nas três instituições. Esses resultados confirmam os problemas da comunicação já evidenciados neste estudo. Resultados similares foram encontrados por Jye et al. (2019)⁽¹⁷⁾, sendo que os autores justificaram o baixo escore devido à complexidade da assistência terciária e consequente aumento da carga de trabalho. Entre os hospitais americanos de ensino da AHRQ, o escore para essa dimensão foi 45%⁽¹³⁾. Dados do estudo realizado em um hospital psiquiátrico finlandês reportam escore ainda mais baixo para essa dimensão, de 35%⁽²⁰⁾.

As informações durante as transferências internas e passagem de plantão são uma das principais formas de favorecer a continuidade da assistência ao paciente. Se houver falha, os fluxos poderão estar comprometidos; e a continuidade da assistência, exposta a erros junto ao paciente. Ratifica essa consideração, a literatura científica ao reportar a experiência de uma instituição hospitalar na região Sul do Brasil, cujos resultados mostram que informações importantes sobre o cuidado ao paciente são perdidas frequentemente durante a passagem de plantão. Ainda, o referido estudo destaca que os problemas desse tipo não acontecem apenas entre as equipes de diferentes setores, mas também, entre aquelas de uma mesma unidade⁽²⁶⁾.

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. Sugere-se empregar os resultados do presente estudo para criar estratégias educativas visando à mudança gradativa da cultura de segurança entre os profissionais de saúde.

Limitações do estudo

Considera-se limitação do estudo, o processo de seleção dos participantes por conveniência, o que certamente pode impactar a representatividade dos profissionais das instituições participantes. Outra limitação consiste na escassez de estudos que avaliam cultura de segurança na área de obstetria, fato que dificultou a comparação de dados.

Contribuições para a área

Os resultados deste estudo revelam as áreas que precisam de melhoria na cultura de segurança do paciente nas três instituições. Portanto, tais informações poderão servir para que os gestores elaborem planos de intervenção para a melhoria dessas áreas e, conseqüentemente, obtenham melhores resultados assistenciais. Além disso, avaliar a cultura de segurança possibilita o

desenvolvimento de futuras pesquisas que mensurem o impacto das medidas implementadas.

CONCLUSÕES

Ao avaliar a cultura de segurança, afirma-se que não foram identificadas dimensões fortes para a cultura de segurança do paciente nas três maternidades. Diversos fatores podem estar agindo de forma sinérgica para a manutenção desse quadro por parte dos profissionais que atuam nas maternidades participantes do estudo, destacando-se: a comunicação deficiente entre os

plantões; os erros pouco utilizados para a promoção da cultura de segurança entre os profissionais; a subnotificação dos eventos adversos; a dificuldade para o trabalho em equipe; chefias e supervisores com reduzidas aptidão e aceitação da temática “segurança do paciente”; e a percepção dos profissionais de que as medidas para a segurança do paciente não são valorizadas pela instituição. Acredita-se que o estudo possa fornecer elementos para a reflexão dos profissionais da saúde e auxiliá-los na elaboração de políticas que promovam na cultura institucional, da qual são sujeitos, a inserção do valor “segurança do paciente”, permitindo que sua pragmática assistencial seja exitosa e segura.

REFERÊNCIAS

1. Souza P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. 2v.
2. Donaldson L, Philip P, World Health Organization (WHO). Patient safety: a global priority. Bull World Health Organ [Internet]. 2004 [cited 2018 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013 [cited 2018 Feb 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2013 [cited 2018 Feb 20]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
5. Amalberti R, Rocha R, Vilela RAG, Almeida IM. Safety management in complex and dangerous systems: theories and practices: an interview with Rene Amalberti. Rev Bras Saude Ocup [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 15];43:e9. doi: 10.1590/2317-6369000021118
6. Guimarães GL, Chianca TCM, Mendoza IYQ, Goveia VR, Matos SS, Viana LO. The core values of modern nursing in the light of Dilthey and Scheler. Texto Contexto Enferm. 2015;24(3):898-905. doi: 10.1590/0104-07072015003480014
7. Sorra J, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2004 [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
8. Joint Commission. Preventing infant death and injury during delivery. The Joint Commission Sentinel Event Alert [Internet]. 2004 [cited 2019 Oct 28];30. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_30.PDF
9. Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. Activities developed by the committees of prevention of infant and fetal deaths: integrative review. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 15];38(1):e67342. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.67342
10. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. Bull World Health Organ [Internet]. 2007 [cited 2019 Jan 18];85(11):867-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636253/pdf/07-045120.pdf>
11. Anand G, Kodali R. Benchmarking the benchmarking models. Benchmarking An Int J [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 20];15(3):257-91. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/14635770810876593>
12. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 10]; 32(11):e00115614. doi: 10.1590/0102-311x00115614
13. Famolaro T, Yount ND, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 Comparative Database Report. Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt2-3.pdf
14. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 15];18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
16. Câmara dos Deputados (BR). Decreto Lei Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho [Internet]. Brasília; 1943 [cited 2019 May 5]. Available from: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/572513.pdf>
17. Jye AKR, Hing CZ, Peter S, Bartholomew P. Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: a cross sectional study. Med J Malaysia [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 4];74(5):385-8. Available from: <http://www.e-mjm.org/2019/v74n5/patient-safety-culture.pdf>

18. Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing Perspectives and the "Nursing Now" Campaign. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2351-2. doi: 10.1590/0034-7167.2018710501
 19. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2016 [cited 2019 Apr 15];50(5):756-762. doi: 10.1590/s0080-623420160000600007
 20. Kuosmanen A, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M, Turunen H. Changes in patient safety culture: a patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff. *J Nurs Manag [Internet].* 2019[cited 2019 Nov 4];27:848-57. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12760>
 21. Rocha IARS, Santos MR, Pires RMF. Supervisão à distância em enfermagem: uma realidade desejada pelos enfermeiros. Referência [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 15];IV(10):95-102. doi: 10.12707/RIV16025
 22. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2018 [cited 2019 Apr 15];52:e03379. doi: 10.1590/s1980-220x2017033803379
 23. Souza KV, Santos Filho SBS, Carmo JMA, Vallerini APLG. Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento[Internet]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2019[cited 2019 Apr 15]. Available from: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf
 24. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2015 [cited 2019 Apr 15];68(1):136-46. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf
 25. Hoffmeister LV, Moura GMSS, Macedo APMC. Learning from mistakes: analyzing incidents in a neonatal care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].* 2019 [cited 2019 Apr 15];27:e3121. doi: 10.1590/1518-8345.2795.3121
 26. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM [Internet].* 2016 [cited 2019 Apr 15];6(1):50-60. Available from: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1
 27. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2015 [cited 2019 Apr 15];24(1):161-9. doi: 10.1590/0104-07072015000490014
 28. Vasconcelos RMA, Caldana G, Lima EC, Silva LDM, Bernardes A, Gabriel CS. Communication in the relationship between leaders and lead in the context of nursing. *Rev Enferm UFPE.* 2017 [cited 2019 Apr 15];11(Supl.11):4767-77. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231220/25236>
 29. Hershey K. Culture of safety. *Nurs Clin N Am [Internet].* 2015 [cited 2019 Apr 15];50:139-52. doi: 10.1016/j.cnur.2014.10.011
-