



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Marina Caldas Nicácio

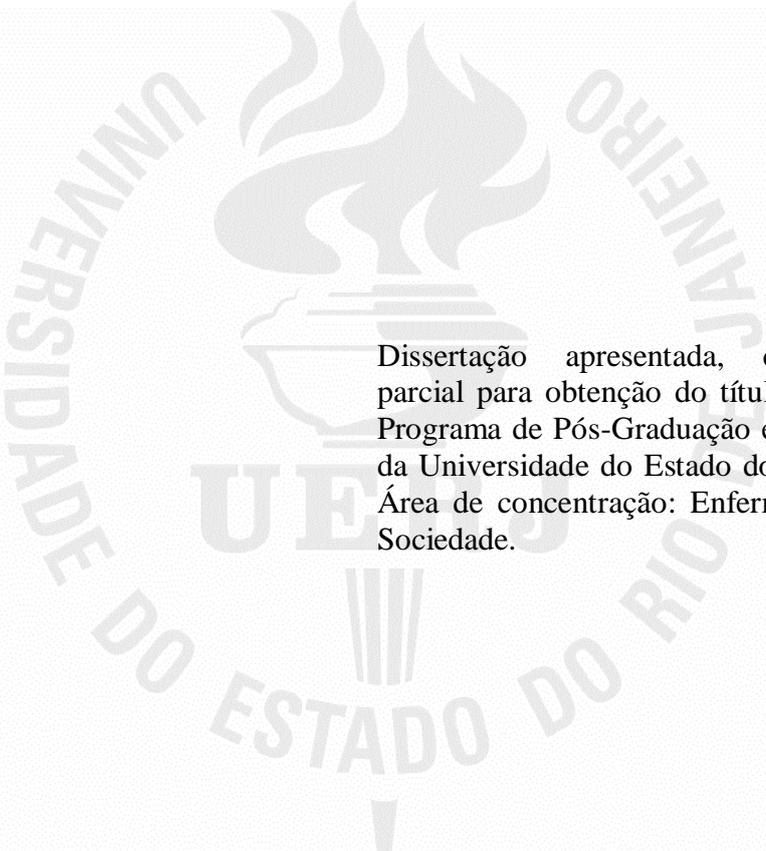
**Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos**

Rio de Janeiro

2019

Marina Caldas Nicácio

**Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

N583 Nicácio, Marina Caldas.  
Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos / Marina Caldas Nicácio. - 2019.  
107 f.

Orientador: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura organizacional. 4. Cuidados de enfermagem. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Marina Caldas Nicácio

**Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções  
dos profissionais de enfermagem e médicos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 20 de Fevereiro de 2019.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luana Ferreira de Almeida  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar meus caminhos em todos os momentos, e por estar presente em minha vida.

Aos meus queridos pais, Francisca Caldas e Bartolomeu Nicácio, pelo carinho, dedicação, compreensão nos momentos difíceis, apoio emocional, educação e amor.

Aos meus familiares, por sempre me apoiarem.

Ao meu namorado, Vicente de Araújo, pelo suporte emocional e compreensão.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho, pelas oportunidades de aprendizagem, conhecimentos transmitidos, contribuições e confiança.

À professora Prof.<sup>a</sup> Dra. Mercedes Neto, pela paciência, disponibilidade e solicitude.

A todos os professores, pelos saberes e conhecimentos compartilhados.

Às minhas amigas Vanessa, Marina Nunes e Diana, que sempre estiveram presentes, compartilhando os momentos importantes ao longo do mestrado.

## RESUMO

NICÁCIO, Marina Caldas. **Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos.** 2019. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O modelo obstétrico dominante nos hospitais é caracterizado por uma assistência medicalizada e intervenções excessivas, que estão em desacordo com a cultura organizacional de segurança da mulher e do seu filho. Os objetivos do estudo são: descrever a avaliação da cultura de segurança da mulher e do filho na assistência ao parto hospitalar; conhecer as percepções da equipe de enfermagem e médicas(os) sobre a segurança dessa assistência; identificar os fatores envolvidos na cultura de segurança segundo essa equipe de profissionais. Trata-se de um estudo misto, quan → QUAL, com desenho sequencial explanatório, realizado numa maternidade pública do município do Rio de Janeiro. A fase quantitativa foi do tipo *survey*, e para a coleta de dados foi utilizado o questionário validado e adaptado transculturalmente para o português, denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Os dados receberam tratamento estatístico descritivo, pelas frequências absolutas e relativas. Na fase qualitativa, foi um estudo descritivo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, transcritas e analisadas através da análise de conteúdo temática. Obteve-se uma amostra válida de 26 (100%) participantes, selecionados aleatoriamente no ambiente de trabalho, sendo: 9 (34,6%) enfermeiras(os) obstetras, 9 (34,6%) técnicas(os) de enfermagem e 8 médicas(os). Verificou-se que nenhuma das dimensões avaliadas alcançou o nível de cultura de segurança fortalecida. A média das frequências das repostas positivas nas 12 dimensões avaliadas foi de 48,14%, o que representa uma cultura de segurança fragilizada na maternidade pesquisada. A percepção geral de segurança do paciente foi de 31,8%, sendo a dimensão pessoal um dos pontos críticos de comprometimento da segurança, com apenas 31,5% das repostas positivas, ao passo que a dimensão com maior percentual de repostas positivas foi a aprendizagem organizacional e melhorias contínuas, com 70,4%. Na etapa qualitativa participaram 12 profissionais, sendo 4 enfermeiras(os) obstetras, 4 técnicas(os) de enfermagem, 2 médicas(os) obstetras e 2 médicas(os) pediatras. As entrevistas revelaram que as percepções da equipe sobre a assistência obstétrica segura se referem à prevenção de incidentes e cuidados técnicos adequados. Ademais, os fatores que interferem na cultura de segurança na ótica da equipe são: o desconhecimento das ações de segurança, deficiência na uniformidade de condutas e quantitativo de pessoal limitado frente à demanda assistencial. Portanto, há fragilidades na cultura de segurança da mulher e do seu filho no parto hospitalar. As(os) profissionais da equipe consideram que seguir os protocolos nacionais, da rede municipal de saúde, da instituição e as evidências científicas é necessário para a assistência segura, o que expressa uma visão ainda incipiente sobre as questões, medidas e ferramentas que envolvem a segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Segurança do paciente. Cultura de segurança. Cultura organizacional.

## ABSTRACT

NICÁCIO, Marina Caldas. **Safety culture of women in hospital birth**: a mixed study of the perceptions of nursing professionals and doctors. 2019. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The dominant obstetric model in hospitals is characterized by medicalized care and excessive interventions, which conflict with the organizational safety culture for the woman and her child. The objectives of the study are: to describe the evaluation of the safety culture for the woman and her child in hospital birth assistance; to know the perceptions of the nursing and medical team about the safety of this assistance; to identify the factors involved in the safety culture according to this team of professionals. This is a mixed study, quan → QUAL, with an explanatory sequential design, carried out in a public maternity hospital in the city of Rio de Janeiro. Its quantitative phase was of the survey type, and for the data collection the questionnaire created by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), was validated and transculturally adapted to Portuguese. The data received descriptive statistical treatment, by absolute and relative frequencies. In its qualitative phase, it was a descriptive study. Data were collected through semi-structured interviews; transcribed and analyzed through the thematic content analysis. A valid sample of 26 (100%) participants, randomly selected in the work environment, was obtained: 9 (34.6%) obstetrician nurses, 9 (34.6%) nursing technicians and 8 doctors. It was found that none of the dimensions assessed reached the level of strengthened safety culture. The mean frequencies of the positive responses in the 12 dimensions evaluated were 48.14%, which represents a fragile safety culture in the maternity hospital. The general perception of patient safety was 31.8%, with the personal dimension being one of the critical points of safety compromise, with only 31.5% of the positive responses, whereas the dimension with the highest percentage of positive responses was the organizational learning and continuous improvement, with 70.4%. At the qualitative phase, 12 professionals participated, including 4 obstetrician nurses, 4 nursing technicians, 2 obstetricians and 2 pediatricians. The interviews revealed that the team's perceptions about safe obstetric care refer to the prevention of incidents and appropriate technical care. In addition, the factors that interfere in the safety culture from the perspective of the team are: lack of knowledge of safety actions, deficiency in the uniformity of behaviors and limited staff quantitative in relation to the demand for care. Therefore, there are weaknesses in the safety culture for the woman and her child in hospital birth. The team's professionals consider that following the national, institutional and municipal healthcare system protocols, as well as scientific evidence, is necessary for a safe care, which expresses a still incipient view regarding the issues, measures and tools that involve patient safety.

Keywords: Obstetric nursing. Patient safety. Safety culture. Organizational culture.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição da frequência das notificações dos eventos adversos nos últimos 12 meses pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicas de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	60
Gráfico 2 –	Frequência das notas atribuídas à segurança do paciente no centro obstétrico pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicas de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	60
Gráfico 3 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe dentro da unidade da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	90
Gráfico 4 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão expectativas e ações dos supervisores para promover a segurança dos pacientes em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	90
Gráfico 5 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão aprendizagem organizacional e melhorias contínuas na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	91
Gráfico 6 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	91
Gráfico 7 –	Distribuição do percentual de respostas positivas sobre as percepções gerais da segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	92
Gráfico 8 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão comunicação e informação sobre erros da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	92

Gráfico 9 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão abertura de comunicação na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	93
Gráfico 10 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da avaliação da dimensão trabalho em equipe entre as unidades na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	93
Gráfico 11 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da avaliação da dimensão pessoal na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	94
Gráfico 12 –	Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão transferências internas e passagem de plantão na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	94
Gráfico 13 –	Distribuição do percentual de respostas positivas das respostas sobre a dimensão não punitiva aos erros da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	95

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões da qualidade dos serviços de saúde .....	23
Quadro 2 – Variáveis da cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem e médicos no centro obstétrico mensuradas pelo HSOPSC.....	49
Quadro 3 – Quadro síntese das categorias e subcategorias do estudo segundo as frequências absolutas e relativas das Unidades de Registro (UR).....	61
Quadro 4 – Síntese do levantamento bibliográfico sobre a cultura de segurança na assistência obstétrica.....	86

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociais e laborais da equipe de enfermagem e médicas do centro obstétrico de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	55
Tabela 2 –	Frequência das respostas positivas das profissionais da equipe obstétrica em cada dimensão da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	56
Tabela 3 –	Frequência de notificação dos erros sem danos ao paciente segundo os profissionais da equipe obstétrica de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	<i>American Congress of Obstetricians and Gynecologists</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIPD	Conferência Internacional das Nações Unidas para a População em Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana em Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SMS – RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UR	Unidade de Registro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	14
1	<b>MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....</b>	20
1.1	<b>Da maternidade segura ao parto seguro: as proposições da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde e suas interfaces com a qualidade da atenção materna.....</b>	20
1.2	<b>A cultura obstétrica hospitalar e os conflitos paradigmáticos sobre a assistência da mulher no parto.....</b>	31
1.2.1	<u>O conceito de cultura organizacional.....</u>	31
1.2.2	<u>O paradigma medicalizado e seus efeitos sobre a cultura da assistência à mulher no parto.....</u>	33
1.2.3	<u>O paradigma da humanização e a segurança do cuidado à mulher no parto.....</u>	37
2	<b>MÉTODOS.....</b>	42
2.1	<b>Tipo de estudo e pressupostos teóricos e metodológicos.....</b>	42
2.2	<b>Cenário da pesquisa mista e participantes .....</b>	44
2.3	<b>Fase quantitativa: estudo do tipo <i>survey</i> .....</b>	47
2.3.1	<u>Coleta de dados.....</u>	47
2.3.2	<u>Variáveis.....</u>	48
2.3.3	<u>Análise dos dados.....</u>	49
2.4	<b>Fase qualitativa: estudo descritivo.....</b>	50
2.4.1	<u>Coleta de dados.....</u>	51
2.4.2	<u>Técnica de análise.....</u>	52
2.5	<b>Procedimentos éticos da pesquisa mista .....</b>	53
3	<b>RESULTADOS.....</b>	54
3.1	<b>Fase quantitativa.....</b>	54
3.1.1	<u>Avaliação das dimensões da cultura de segurança da paciente obstétrica pela equipe de enfermagem e médica .....</u>	56

3.2	<b>Fase qualitativa</b> .....	61
3.2.1	<u>As percepções da equipe sobre a assistência obstétrica segura</u> .....	62
3.2.2	<u>Fatores que interferem na cultura de segurança na ótica da equipe</u> .....	63
4	<b>DISCUSSÃO</b> .....	66
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>APÊNDICE A</b> – Síntese do levantamento bibliográfico.....	85
	<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento de coleta de dados: qualitativo.....	87
	<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
	<b>APÊNDICE D</b> – Carta de autorização para entrada em campo.....	89
	<b>APÊNDICE E</b> – Gráficos das dimensões da cultura de segurança.....	90
	<b>ANEXO A</b> – Instrumento de coleta de dados: quantitativo.....	96
	<b>ANEXO B</b> – Parecer do Comitê de Ética.....	103

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa as percepções dos profissionais de enfermagem e médicos acerca da cultura de segurança da mulher e de seu filho na assistência ao parto hospitalar.

O interesse em desenvolver esta pesquisa, com a temática de segurança da assistência obstétrica, teve início durante a realização do curso de residência em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Ao longo do curso, ao percorrer diferentes maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, foi possível observar a prática assistencial e as rotinas adotadas por algumas enfermeiras obstétricas, técnicos de enfermagem e médicos, assim como identificar o comportamento organizacional de cada uma destas instituições e suas particularidades.

Ademais, durante o curso, a vivência nesses cenários de prática despertou o interesse sobre o tema da cultura de segurança na assistência obstétrica hospitalar, visto que observamos condutas desatualizadas, rotinas institucionais pautadas na intervenção sobre o corpo da mulher e pouco protagonismo feminino na tomada de decisão sobre os cuidados.

O modelo obstétrico dominante nos hospitais é caracterizado por uma assistência medicalizada e intervenções excessivas, a exemplo das cesarianas eletivas, rotina de ocitocina, episiotomia e manobras extrativas, como Kristeller, sem adequada justificativa e apoio nas evidências científicas de suas indicações (BRASIL, 2014). Tais inadequações da assistência são prevalentes nos hospitais brasileiros e, por vezes, estão associadas às atitudes desrespeitosas e violentas que afrontam a dignidade feminina, provocando dor e medo nas mulheres em relação ao parto normal (LEAL et al., 2014; ZANARDO et al., 2017).

Em consequência, o número de cesarianas tem aumentado progressivamente no Brasil, passando de 1,3 milhão ao ano em 2000 para 1,7 milhão em 2013, correspondendo a um crescimento de 31%, apesar da queda da taxa de natalidade nos últimos anos. Em 2013, 57% dos nascimentos no país foram por cesariana, principalmente entre as parturientes na faixa etária de 25 a 34 anos. Contudo, acredita-se que 60% destas mulheres tiveram gestações de baixo risco, o que indica o excesso desta cirurgia e sem benefícios evidentes para o resultado materno-fetal (BRASIL, 2015a).

Este cenário de intervenções desnecessárias possui raízes históricas, pois o contexto social de expansão da industrialização e do capitalismo no século 20 foi determinante para a burocratização da instituição médica, a qual representa o locus de poder do médico em

controlar a sociedade, através de intervenções na vida cotidiana dos indivíduos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Na área obstétrica, tal controle resultou na medicalização do corpo feminino, uma condição na qual as mulheres perdem a autonomia de pensar, atuar sobre si e decidir pelo tipo de parto, tornando-se passivas devido à dependência progressiva do médico (ILLICH apud TABET et al., 2017). Isso trouxe como consequência dúvidas por parte das parturientes sobre a forma de parir mais segura, devido à visão, conformada pela cultura obstétrica, de que este procedimento cirúrgico é mais rápido e praticamente isento de risco para a mulher e o bebê (BRASIL, 2014), o que pode explicar o número crescente de cesarianas e procedimentos invasivos no país.

Porém, com essas intervenções desnecessárias e a medicalização, emergiu uma nova doença: a iatrogênica, provocada pelos cuidados prestados pelos próprios profissionais de saúde (ILLICH apud TABET et al., 2017), pois a cesariana é um procedimento cirúrgico, o que implica riscos de hemorragia, infecções, complicações anestésicas, corte acidental e prematuridade. Ademais, as condutas de intervenções rotineiras podem resultar em morbimortalidade materna e/ou neonatal por causas evitáveis e também podem causar riscos à integridade física e emocional da mulher e do seu filho, como trauma perineal grave, hemorragias por atonia uterina, infecções, asfixia neonatal, prolongamento da internação hospitalar, entre outros (BRASIL, 2017a).

É importante salientar que o Brasil tem realizado investimentos em estratégias para a melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal. Isto ocorre porque, anualmente, acontecem aproximadamente 3 milhões de nascimentos, onde 98% desses partos são hospitalares. Ao se considerar mãe e bebê, em torno de 6 milhões de pessoas recebem assistência obstétrica hospitalar, ou seja, corresponde à terceira causa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se grande o potencial de ocorrência de eventos adversos oriundos dessa assistência, que, conseqüentemente, podem resultar em morbidade e mortalidade materna e neonatal (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

A mortalidade materna é um indicador utilizado para identificar o desempenho do sistema de saúde e o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, por refletir as condições sanitárias da população. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a taxa seja inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Segundo dados Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a), no Brasil, entre os anos de 1990 e

2010, ocorreu uma diminuição da razão de mortalidade materna, passando de 141 para 68 por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 51%.

Porém, apesar dos avanços alcançados na assistência pré-natal e ao parto, nos últimos anos houve uma desaceleração na velocidade de queda desse indicador em decorrência da elevada taxa de cesariana, excesso de intervenções desnecessárias, abortos e falta de qualificação profissional. Isso mostra a necessidade de melhorias na qualificação da atenção materna e neonatal e a dificuldade de consolidação das políticas e programas de humanização da assistência ao parto, desenvolvidos para garantir o acesso das mulheres a uma assistência qualificada, segura, baseada em evidências, com o resgate de sua autonomia e empoderamento, e estímulo à visão do parto como evento fisiológico (BRASIL, 2013a).

Essa dificuldade de consolidação dos programas de humanização da assistência ao parto pode ser explicada com base na cultura organizacional presente nas maternidades. Segundo Reis, Laguardia e Martins (2012), cultura é o comportamento, atitude, valor e ideologia que os indivíduos da instituição apresentam, e que determinam o compromisso, estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

A cultura organizacional de segurança se manifesta nos processos e nas interações sociais e pode ser entendida como o fornecimento de um ambiente certo a fim de que as atitudes e comportamentos adequados possam aparecer, ou seja, é um determinante do desempenho organizacional (VINCENT, 2009).

Entretanto, a desconstrução da cultura vigente na organização é um desafio, principalmente quando esta é estável e com raízes profundas (ROBBINS, 2005), tal como a cultura tecnocrática nas instituições hospitalares, onde o parto é visto como um evento patológico, o emprego de tecnologias na assistência ocorre de forma generalizada, o processo de trabalho é fragmentado e sua organização é voltada para alcançar a máxima produtividade. Esses fatores aumentam a possibilidade de conduzir à ocorrência de eventos adversos oriundos do modelo de assistência medicalizada (ANVISA, 2014).

Sendo assim, o processo de mudança do paradigma assistencial não é restrito às reformulações normativas nas instituições, mas abrange uma mudança na cultura organizacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005), pois os valores organizacionais podem ser considerados como aspectos formadores de base da organização, constituindo as diversas dimensões da instituição e tendo como função orientar a vida na instituição e guiar o comportamento diário dos trabalhadores (CARVALHO et al., 2013).

Em virtude da importância e complexidade desse processo de mudança da cultura organizacional hospitalar na promoção da assistência obstétrica qualificada e segura para a

redução de riscos e danos preveníveis e da morbimortalidade materna e neonatal, foram propostas as seguintes questões norteadoras desta pesquisa:

- a) Como os profissionais de enfermagem e médicos percebem a cultura de segurança da mulher e de seu filho na assistência ao parto hospitalar?
- b) Quais os fatores envolvidos na cultura de segurança dessa assistência?

A partir dessas questões, a presente dissertação tem os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

Analisar as percepções dos profissionais de enfermagem e médicos sobre a cultura de segurança da mulher e de seu filho na assistência ao parto hospitalar.

**Objetivos específicos:**

- a) Descrever a avaliação da cultura de segurança da mulher e de seu filho na assistência ao parto hospitalar;
- b) Conhecer as percepções da equipe de enfermagem e médicos sobre a segurança dessa assistência;
- c) Identificar os fatores envolvidos na cultura de segurança segundo essa equipe de profissionais.

A relevância desta pesquisa está na oportunidade de produzir novos conhecimentos acerca do tema da segurança da assistência obstétrica hospitalar, uma vez que a atenção materna e neonatal é uma área prioritária da OMS e do SUS para melhoria da qualidade da assistência, segurança do cuidado prestado à clientela e dos indicadores da morbimortalidade materna e neonatal. A enfermagem também tem uma inserção destacada nesta área e a pesquisa do tema é de interesse para os campos do ensino, assistência e pesquisa.

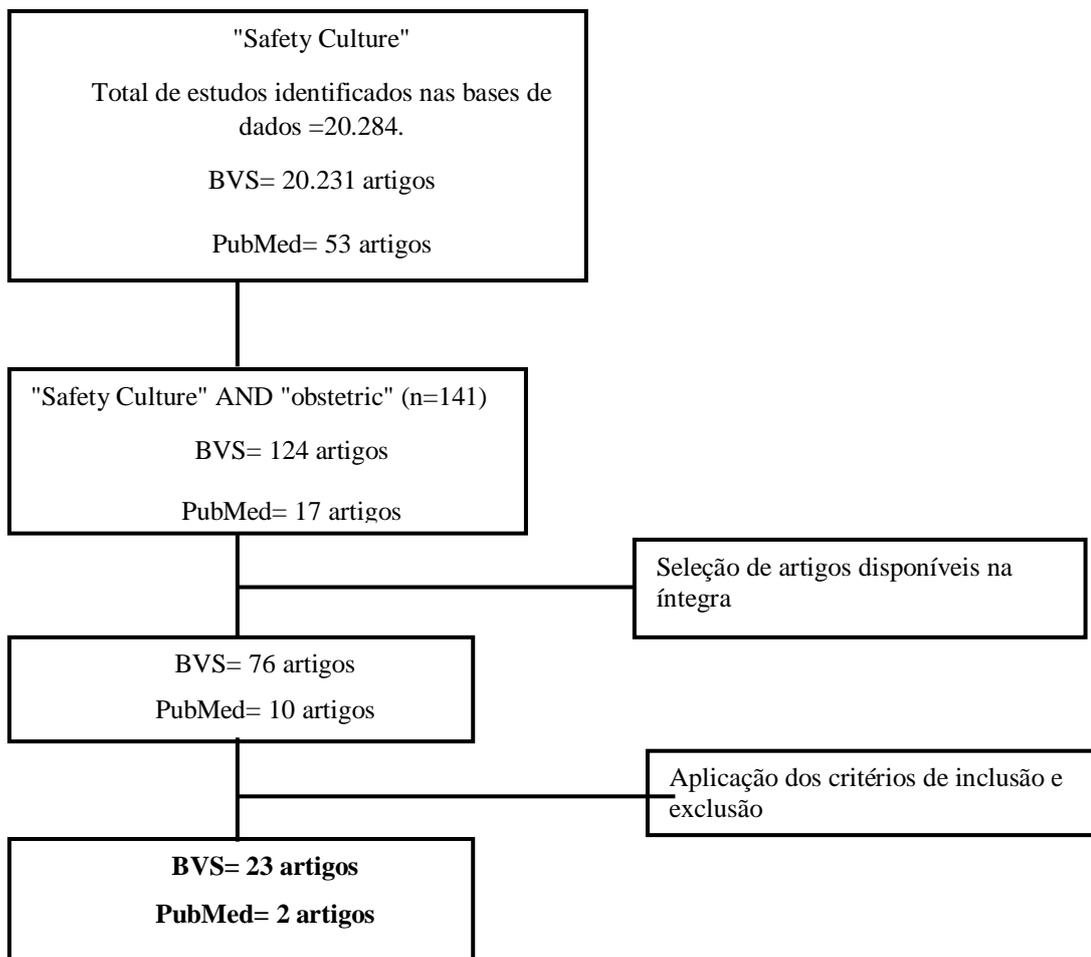
Além disso, esta temática ainda é pouco explorada em nosso meio, conforme evidenciado em levantamento de literatura científica sobre o tema, realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que é um centro especializado da Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), de modo integrado com a Base de Dados *Medical Literature Analysis and*

*Retrieval System Online* (MEDLINE) e IBECS. Na busca com o termo “safety culture” foram obtidos 20.231 artigos; porém, com a expressão “safety culture” AND obstetric, somente 124 artigos. Após aplicar o filtro “texto completo”, restaram 76 artigos, sendo 24 pertinentes à temática.

Em pesquisa realizada na *National Library of Medicine* (PubMed), com a expressão “safety culture” AND obstetric, foram encontrados 17 artigos. Destes, 13 correspondem à temática estudada, porém 11 artigos são iguais aos achados na BVS e um artigo não possui o texto completo disponível na internet. Sendo assim, foi selecionado apenas um artigo.

Cabe ressaltar que não foram encontradas teses e dissertações sobre a referida temática durante as buscas nessas bases de dados. Desse modo, o levantamento de literatura resultou na seleção de 25 artigos científicos, cujos títulos, autores e anos de publicação podem ser vistos no Apêndice A desta pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos científicos sobre a cultura de segurança na assistência obstétrica



Fonte: A autora, 2018.

Nestes artigos, os autores apresentam os principais impactos na cultura de segurança da assistência obstétrica hospitalar e análises de desfechos perinatal e materno após o estímulo de práticas e cuidados seguros na assistência obstétrica, tais como a implementação e monitoração de protocolos e instrumentos para a redução de resultados obstétricos adversos. São discutidos, também, os indicadores de qualidade e segurança da assistência obstétrica e as indicações das principais práticas intervencionistas, tais como o uso de ocitocina e as cesarianas eletivas.

Por fim, esta dissertação pretende contribuir com novos conhecimentos que subsidiem o ensino de graduação e pós-graduação, assistência e pesquisa de enfermagem na área da atenção obstétrica, bem como para a qualificação e segurança do cuidado prestado à mulher e ao seu filho nas maternidades públicas. Propõe-se, igualmente, a estimular a reflexão dos profissionais atuantes em saúde materna e perinatal, e a produção de novos estudos sobre o referido tema.

## **1 MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS**

### **1.1 Da maternidade segura ao parto seguro: as proposições da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde e suas interfaces com a qualidade da atenção materna**

A mortalidade materna é um tema discutido internacionalmente por ser evitável em 92% dos casos. Ocorre, principalmente, em países em desenvolvimento, e em decorrência da baixa qualidade da atenção obstétrica e deficiências no planejamento familiar (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o marco inicial do reconhecimento internacional acerca da morbimortalidade materna em consequência das precárias condições de saúde materna nos países em desenvolvimento foi através da conferência, realizada em Nairóbi, no ano de 1987, a qual criou a iniciativa global “Maternidade Segura” (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Essa conferência proporcionou visibilidade internacional ao tema Maternidade Segura, pois foi verificada a necessidade de enfrentamento mundial da mortalidade materna – importante indicador da qualidade da assistência– e, assim, contribuiu com a mobilização de ações para a promoção do parto seguro.

Na década seguinte, de 1990, com a conjuntura de promoção do crescimento econômico e desenvolvimento sustentável que permeava todos os países, e a constatação do impacto dos problemas ambientais na saúde, a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) lançou o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, como um compromisso entre os países das Américas para melhorar a saúde de mulheres e crianças, e o exercício dos seus direitos fundamentais e sociais (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Ainda na década de 1990, foi realizada no Cairo, em 1994, a Conferência Internacional das Nações Unidas para a População em Desenvolvimento (CIPD), com a proposta de mobilizar recursos financeiros e humanos para a solução global de problemas, tais como a mortalidade materna por complicações relacionadas à gravidez e ao abortamento inseguro devido à falta de acesso das populações carentes aos serviços de saúde, e o planejamento familiar (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Além dessas iniciativas internacionais, no Brasil, o Projeto Maternidade Segura foi lançado, em 1996, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações

Unidas para a Infância (UNICEF) e a OPAS. Esse projeto pretendia aumentar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzir a mortalidade materna e perinatal por meio do credenciamento de instituições para promover a melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2006).

Entretanto, é importante destacar que, apesar dessas iniciativas globais para a promoção da maternidade segura, não houve melhoras no quadro mundial da mortalidade materna. Isto se deve, em grande parte, ao modelo hegemônico nas maternidades, o qual supervaloriza suas tecnologias, se sustenta em práticas e procedimentos intervencionistas, que provocam mais danos que benefícios, e estimula a cesárea, procedimento cirúrgico para intervir em situações de emergência obstétrica, que, apesar disso, não trouxe mudanças significativas de redução da razão de mortalidade materna (SARGES; LÓPEZ, 2016).

No país, entre os anos 1990 e 2010, conforme apontado anteriormente, essa taxa diminuiu em 51%, passando para 68 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, porém não alcançou a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), ou seja, razão igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2013a). Dessa forma, em 2015, os países tiveram a oportunidade de adotar a nova agenda com os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), baseados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos em 2000, para alcançar melhorias na assistência obstétrica (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Ademais, entre as causas evitáveis da mortalidade materna, estão os erros associados aos processos assistenciais, problemas decorrentes da cirurgia cesariana e de intervenções excessivas durante a assistência ao parto, tais como: uso inadequado de ocitocina, trauma fetal e lesões perineais (BRASIL, 2014).

Neste sentido, o *Institute of Medicine* (IOM), em 2000, nos Estados Unidos, certificou que os erros no processo assistencial causavam eventos adversos, mortes evitáveis, custos sociais e econômicos importantes. Isto foi possível com o desenvolvimento do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, na área de segurança do paciente. Assim, a segurança do paciente passou a ser considerada como um atributo da qualidade da assistência (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Dessa forma, a segurança do paciente consiste num conjunto de ações e atitudes que buscam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e à prevenção de eventos adversos ao paciente. E, nesse contexto, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi implementada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS), em 2004, com a determinação de implantação de medidas para aumentar a segurança e qualidade dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Paralelamente, no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu manuais e portarias, tais como a Portaria nº 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, em 2001, e a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, que apontam a importância e o caminho para mudanças na assistência em prol da humanização da atenção ao parto através da modificação do paradigma dominante na assistência obstétrica (RATTNER, 2009).

Essas iniciativas do Ministério representam a proposta de implementação de uma nova perspectiva assistencial, baseada em cuidados efetivamente benéficos, sem intervenções desnecessárias e o resgate de um modelo com práticas que garantem o exercício da autonomia feminina e o direito de privacidade. Porém, ainda há resistências para sua implementação, pois para alcançar o sucesso ou não de um novo programa é fundamental considerar a hegemonia do modelo de atenção em saúde, que norteia as práticas assistenciais dos profissionais e influencia, culturalmente, a sua reprodução.

Além dessas políticas e programas, foi criado, em 2008, o primeiro regulamento técnico referente ao funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de junho de 2008, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Neste regulamento são estabelecidos os padrões para o funcionamento desses serviços, fundamentados na qualificação, humanização, atenção e gestão, redução e controle dos riscos aos usuários e ao meio ambiente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008).

Essa foi uma importante regulamentação acerca da padronização e organização dos serviços de atenção obstétrica, realizada com base em evidências científicas e no que é preconizado pela OMS, devido à oportunidade de estabelecer um ambiente físico favorável ao estímulo do parto normal e humanizado (RATTNER, 2009).

Mesmo com essa medida inicial de padronização dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, somente em 2013 a segurança do paciente ganhou destaque como área prioritária para a qualificação do cuidado e redução dos agravos aos pacientes, apesar de ainda não contar com medidas específicas para a assistência obstétrica. Neste sentido, a ANVISA, em parceria com a OPAS e o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013b).

O PNSP tem como objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. Ou seja, trata-se de um programa com ações

para a segurança do paciente em serviços de saúde, e estabelece que esses serviços devam oferecer uma atenção efetiva, eficiente, segura e com a satisfação do paciente em todo processo assistencial.

Esse programa está estruturado em quatro eixos de ações prioritárias, que são: o estímulo à prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. Com relação à abordagem metodológica da segurança do paciente, são importantes três bases complementares: epidemiológica, relativa à quantificação dos eventos adversos; gerenciamento de risco; e a gestão de qualidade, relacionada aos princípios e atividades que regem a melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2013b).

Na área da saúde, a qualidade refere-se ao atendimento das expectativas e necessidades dos consumidores dos serviços de saúde. Para tal, é importante saber que a qualidade está fundamentada em componentes, atributos e dimensões, que são as bases para o estabelecimento de indicadores de qualidade, os quais são utilizados para avaliação desses serviços (BRASIL, 2013b). Essas dimensões podem ser vistas no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1– Dimensões da qualidade dos serviços de saúde

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de danos aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, a evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e a supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade/ Acesso (Interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: BRASIL, 2013b.

Esses atributos devem ser praticados para promover a qualidade nos serviços de atenção materna e neonatal, visto que consideram as características dos usuários e o modelamento dos serviços ou produtos para que se adequem perfeitamente às suas necessidades e expectativas, e, assim, tragam uma efetiva resolatividade.

Em relação à segurança, destacam-se a implantação de barreiras organizacionais efetivas e as boas práticas para impedirem a ocorrência de erros ou diminuam a probabilidade de ocorrências e impactos nos pacientes e na organização. A prevenção dos problemas relacionados à segurança do paciente ocorre com o desenho ou planejamento de estruturas e processos – regulamentados por protocolos adaptados pelos atores envolvidos na assistência e aprovados pela alta gestão e chefias intermediárias dos serviços de saúde – que impliquem diretamente essa dimensão da qualidade (BRASIL, 2013b).

Desse modo, é preciso identificar esses problemas ou situações para que possam ser traçadas estratégias de prevenção através do desenvolvimento de sistemas de indicadores de monitoramento, ou seja, requer uma atividade planejada e sistemática para detectar, controlar e resolver esses problemas e sustentar as melhorias alcançadas (BRASIL, 2013b).

Para tal, analisam-se indicadores ou eventos-sentinela; os *Triggers*, que representam sinais, sintomas ou situações que podem ser indicativos da existência de um evento adverso; os Resultados e os indicadores de boas práticas, correspondentes à estrutura e processo. Uma vez identificados os problemas reais de segurança do paciente, tornam-se essenciais medidas corretivas, tais como: os ciclos de melhoria e atividades de avaliação e intervenção para a resolução de problemas (BRASIL, 2013b).

No mesmo ano de lançamento do PNSP, a ANVISA também instituiu, por meio da RDC nº 36, de julho de 2013 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a), as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Entre as quais, destaca-se a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Esse NSP deve ser responsável pelo desenvolvimento de ações estratégicas preconizadas no PNSP e monitoramento dos incidentes e eventos adversos na instituição de saúde, tendo como diretrizes a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

Segundo o artigo 7º da RDC 36/2013, da ANVISA, compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; entre outras ações (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a, p. 5).

Portanto, percebe-se que o NSP desempenha um papel fundamental no processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP), o qual estabelece estratégias e ações de gestão de risco (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

Cabe ressaltar que, embora o destaque para a segurança do paciente tenha sido alcançado através de outras especialidades e só ganhou força nos últimos anos, em 1990, foram encontradas, na área obstétrica, revisões e formulações de hipóteses acerca da segurança do paciente, tendo em vista os incidentes que resultaram em um desfecho desfavorável na assistência materna e fetal (VINCENT, 2009).

Assim, foram identificadas três condições que, quando não atendidas corretamente, eram responsáveis por eventos adversos, são estas: monitoração fetal inadequada, manejo inadequado de fórceps e falta de participação de profissional experiente no atendimento à paciente (VINCENT, 2009).

Além disso, em 1994, Thaddeus e Maine desenvolveram o Modelo dos Três Atrasos, o qual descreve os fatores sistêmicos evitáveis que impedem as gestantes de receberem uma assistência qualificada. O primeiro atraso é relativo à demora na decisão de buscar o serviço de saúde devido às crenças, custos financeiros, costumes, e à falta de informação por parte das mulheres em relação à magnitude das complicações obstétricas. O segundo é referente à dificuldade de acesso aos serviços, seja em relação ao local adequado para o atendimento ou à trajetória percorrida. O último é relativo à morosidade em receber o cuidado adequado, decorrente do sistema de saúde, que inclui a falta de equipe qualificada, baixo quantitativo de

profissionais e falta de insumos (MARKLE, W. H.; FISHER M. A.; SMEGO JUNIOR, 2015).

Esse modelo reflete as falhas dos sistemas de saúde e no acesso aos serviços, além dos fatores socioeconômicos e culturais que afetam o desfecho da gestação podendo levar à morbimortalidade materna e neonatal.

É importante salientar que a morbidade materna grave representa uma situação em que a mulher não evolui a óbito, mas pode sofrer danos e prejuízos. Este caso é denominado de *near miss* materno, em que as mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, e só sobrevivem em razão do acaso ou do cuidado de saúde prestado (REIS, 2015).

Ademais, a morbidade também pode estar associada a eventos-sentinela, que é o risco ou ocorrência de lesão física grave, especificamente a incapacidade, disfunção ou perda de um membro, lesão psicológica grave, sofrimento, bem como a ocorrência inesperada do óbito (THE JOINT COMMISSION, 2009).

Além dessas situações que repercutem na saúde da mulher, a morte materna também é uma situação gravíssima. Suas três principais causas mundiais são: hipertensão arterial, hemorragias e infecção puerperal (BRASIL, 2010). Porém, são causas evitáveis, principalmente pela adoção de uma gestão que priorize a cultura de segurança nas organizações de saúde materna e neonatal (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Assim, no âmbito da gestão de qualidade é importante a intervenção na psicologia da organização por meio da adoção da cultura de segurança entre os profissionais (BRASIL, 2013b), pois é fundamental considerar que as organizações de saúde possuem valores, crenças e significados, que constituem o fundamento de seu funcionamento organizacional (BEHRUZI et al., 2013).

Dessa forma, o estudo das culturas organizacional e de segurança permite compreender os valores e os pressupostos para práticas de nascimento em hospitais especializados (BEHRUZI et al., 2013). Sendo assim, nas organizações que prestam cuidados de saúde há uma preocupação com a cultura de segurança, visto que este é um componente mais amplo da cultura organizacional, construído com base nas atitudes e nos valores dos indivíduos, e que cada um contribui para a cultura de segurança à sua própria maneira (VINCENT, 2009).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) define a cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento

individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a rentabilidade do gerenciamento de saúde e segurança de uma organização (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

Cabe ressaltar que uma instituição de saúde possui várias unidades assistenciais, grande número de profissionais de várias áreas do conhecimento, o que contribui para o surgimento de uma subcultura. Dessa forma, a cultura de segurança dentro de uma organização pode variar acentuadamente em diferentes setores e em diferentes grupos (VINCENT, 2009).

Mas, apesar das subculturas, a cultura dominante de segurança na organização de saúde deve possuir algumas características importantes, segundo as diretrizes ministeriais: os trabalhadores, gestores e profissionais envolvidos no cuidado assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Ademais, para a promoção de uma cultura de segurança do paciente é importante prevenir, identificar e solucionar problemas de segurança, além de criar e manter essa cultura. Para isso, são destacados três grupos de atividades referentes à gestão de segurança: monitoramento, planejamento da segurança, e ciclos de melhorias (BRASIL, 2013b).

Neste sentido que é considerável identificar as deficiências potenciais do serviço através do mapeamento das situações e procedimentos que são realizados em maior volume e frequência, identificar os que apresentam maiores riscos de complicações e problemas maternos e neonatais e, por fim, garantir a correção dessas deficiências (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Desse modo, a *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), desde 2014, vem publicando alguns protocolos para a promoção da qualidade na atenção materna e neonatal, tais como: ocitocina para indução; manejo da hemorragia obstétrica; manejo da distocia de ombro; manejo da crise hipertensiva da gravidez; partos sem indicação médica antes de 39 semanas de gestação – lições aprendidas e ferramentas para implementação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Esses protocolos assistenciais são utilizados para organizar, orientar e recomendar as ações, atitudes e tarefas a serem executadas pelos membros da equipe assistencial em diversas situações, além de conter instruções relacionadas à performance da equipe e à estrutura

organizacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014). Visto que a ausência de protocolos para as situações de emergência pode acarretar intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto, conduzindo a uma cadeia de eventos resultantes dessas práticas (BRASIL, 2010).

Tal achado também foi evidenciado em estudo americano, ressaltando que uma das abordagens para promover uma cultura de segurança na assistência obstétrica é através da implementação de protocolos para as questões atuais na segurança do paciente perinatal, tais como: oxitocina para indução, monitoramento fetal eletrônico, hemorragia obstétrica e distocia de ombro (BURKE; GROBMAN; MILLER, 2013).

A despeito da implementação desses protocolos assistenciais, são importantes as estratégias no campo assistencial para garantir uma assistência qualificada e humanizada. Desse modo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459, de julho de 2011, instituiu a Rede Cegonha no país. Dentre seus principais objetivos, visa a organizar a atenção materna e neonatal em redes para garantir o acesso aos serviços de saúde, realização de exames e pré-natal e, assim, reduzir a mortalidade materna e infantil, além de reunir esforços para melhorar a qualidade da assistência nas maternidades através do estímulo de práticas humanizadas (BRASIL, 2011).

Entretanto, é importante salientar que, apesar de essa portaria instituir o modelo humanizado de atenção, não apresenta um destaque para a prevenção e redução da incidência de eventos adversos oriundos da assistência obstétrica, bem como não ressalta a cultura organizacional como um fator determinante na garantia da segurança na assistência obstétrica.

Em virtude dessa lacuna, em 2014, a ANVISA publicou o documento intitulado “Segurança de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade” a fim de orientar as ações, específicas da assistência obstétrica, para a construção de sistemas de segurança do paciente, com o objetivo de aperfeiçoar o cuidado e promover a qualidade nos serviços através da elaboração e implementação de protocolos assistenciais para a padronização dos procedimentos, mudança da cultura organizacional e rotinas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Ainda que o parto seja um processo fisiológico normal, podem ocorrer intercorrências emergenciais em alguns casos ou situações que requerem intervenções que aumentam o período de internação da mãe e/ou bebê, predispondo ao surgimento de agravos decorrentes da própria assistência. Nessa perspectiva, o documento visa a estabelecer padrões de procedimentos e condutas em prol da segurança das mulheres e de seus filhos nos serviços de saúde da atenção obstétrica.

Além disso, estimula a investigação de eventos/incidentes sentinela para identificar as falhas nos processos assistenciais que causaram ou contribuíram para sua ocorrência. Para isso, é importante que esses eventos sejam notificados, investigados, analisados, em busca da causa-raiz para posterior eliminação através do treinamento em equipe e atividades de educação permanente. E para que essas ações voltadas à segurança sejam promovidas e apoiadas, são importantes os NSP nos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014). Sendo assim, é preconizado que as atividades sejam realizadas de forma que se alcance a melhor performance em equipe, com ênfase na prevenção de agravos oriundos da assistência.

No âmbito internacional, os estudos acerca dessa temática encontram-se mais avançados visto que, desde 2013, já são adotados instrumentos de padronização de processos para a prevenção de agravos na assistência, a começar pela lista de verificação de Segurança Cirúrgica, posteriormente adaptada para ser utilizada na cesariana, para aumentar a segurança às parturientes submetidas a este procedimento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Mais recentemente, no ano de 2015, a OMS lançou a Lista de Verificação de Segurança no Parto, que consiste num instrumento para organizar os processos e tarefas que são essenciais para o parto seguro. Cada item da lista é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Dessa forma, essas iniciativas têm o objetivo de apoiar a padronização e a execução de práticas e cuidados maternos e perinatais essenciais, para aumentar a segurança e evitar que eventos adversos oriundos da assistência obstétrica possam ocorrer.

Além da OMS, a ACOG também desenvolveu listas para serem utilizadas em outras situações, tais como: hemorragia após parto vaginal; prova de trabalho de parto após cesariana; propriedade da prova de trabalho de parto após cesariana prévia; sulfato de magnésio antes de parto prematuro iminente para neuroproteção; documentação da distocia de ombro; agendamento de indução do parto; agendamento de cesariana planejada; cesariana planejada – pré-operatório imediato; indução do parto – paciente internada (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

É importante salientar que o uso sistemático da Lista de Verificação só é possível se os líderes dos cuidados em saúde acreditarem e apoiarem ativamente a sua implementação, pois uma “característica fundamental da organização dos serviços de saúde no Brasil é a relativa autonomia dos médicos frente às estruturas administrativas dos serviços, sejam eles

estatais ou privados, mais notadamente no setor privado” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014, p. 24).

Dessa forma, ainda há uma resistência para implementar essas listas e protocolos devido ao contraste com os modelos tradicionais de assistência médica, em que a autonomia do médico é uma preocupação primordial. Pois, nessa visão, o uso disciplinado de protocolos uniformes reduz a autonomia médica e, além disso, seu uso é estimulado em modelos assistenciais alternativos que valorizam a humanização da assistência (FAUSETT et al., 2011).

Nesse modelo, são estimuladas práticas menos intervencionistas e atitudes mais expectantes quanto à evolução fisiológica do processo de parturição, o que pode representar restrições ao poder de decisão para alguns profissionais, provocando resistência a este modelo (MARCOLIN, 2015).

Além dessa resistência, a implementação das práticas humanizadas pode ser dificultada no país devido à distribuição desigual dos serviços e tecnologias em saúde, à diversidade de organização e gestão dos serviços, e à pluralidade de realidades locais da rede de serviços que geram inequidades no acesso à assistência obstétrica (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Nesse contexto, a população feminina com baixa escolaridade e pobre é a mais prejudicada em virtude das disparidades sociais e dicotomias na organização dos serviços. Geralmente, as regiões centrais e mais desenvolvidas dispõem de ampla rede hospitalar, enquanto que nas regiões mais periféricas há carência de serviços de saúde e os existentes funcionam de forma precária (MARCOLIN, 2015).

Dessa forma, apesar dos esforços para implementar os programas, diretrizes e protocolos clínicos para a melhoria da qualidade da assistência prestada, a atenção materna e neonatal ainda carece de avanços na implementação das medidas de qualidade e segurança da assistência ao parto, pois também são necessárias mudanças no paradigma obstétrico vigente, nas atitudes dos profissionais com relação a essas recomendações e na cultura organizacional dos serviços, a fim de que os processos de melhoria possam ser estabelecidos de modo eficaz.

## 1.2 A cultura obstétrica hospitalar e os conflitos paradigmáticos sobre a assistência da mulher no parto

### 1.2.1 O conceito de cultura organizacional

A cultura é um conceito estudado por vários antropólogos; dessa forma, apresenta vários significados e definições, mas todos relacionados. Apesar disto, é importante para a compreensão das ações humanas nas organizações.

Edward Tylor (1832-1917), na época da revolução industrial, foi o primeiro antropólogo a se aproximar do que atualmente é utilizado como conceito de cultura: “todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade ao considerar cultura como fenômeno natural” (LARAIA, 2001, p. 25).

De forma ampla, a cultura funciona como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Assim, cultura pode ser entendida como uma construção de significados e valores partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social ou organização (PIRES; MACEDO, 2006).

Uma organização se transforma em cultura quando cria sua maneira própria de ser, pensar, agir e ir no processo de consolidação como um grupo organizado de pessoas com coordenação interna, em busca de um determinado fim. Nessa perspectiva, a cultura organizacional reflete um sistema e características, que podem ser de ordem ideológica, comportamental ou material, valorizadas pela organização e compartilhadas pelos membros, o que possibilita diferenciar uma organização das demais (ROBBINS, 2005).

A visão dos hospitais como organização passou a ganhar destaque no momento em que estes, principalmente os privados, impulsionados pelo modelo neoliberal e pela indústria médica de alta tecnologia, assumiram uma lógica empresarial de funcionamento, a qual busca o aumento da qualidade e da produtividade, a um baixo custo, para alcançar a satisfação da clientela e maior lucratividade com esses procedimentos de alta complexidade, os quais necessitam de tecnologia dura (OLIVEIRA et al., 2014).

Para assegurar a satisfação dessa clientela, essas instituições hospitalares privadas passaram a adotar os modelos de qualidade, inicialmente na área administrativa e, posteriormente, na assistência, a partir da determinação de padrões de qualidade e segurança.

A avaliação é feita através de instituições acreditadoras de direito privado, para que todas as instituições alcancem os padrões mais elevados de qualidade (OLIVEIRA et al., 2014).

A busca desses hospitais para alcançar os padrões de acreditação e excelência promove sua “imagem” perante a população, gerando competitividade de mercado e concorrência, garantindo, assim, a lucratividade. E para que isso fosse possível, houve a necessidade de organização, coordenação, orientação e controle das práticas assistenciais realizadas de modo a estabelecer um padrão de qualidade do serviço prestado.

Neste sentido, é importante determinar os modos e as formas de trabalho dos profissionais na instituição e nos seus setores, as relações com os pacientes, para assim adquirir as competências específicas e alcançar os processos e resultados com qualidade. Isto é necessário, pois a maior consciência dos profissionais quanto à segurança e o compromisso no gerenciamento de risco envolve um processo cultural de mudança (OLIVEIRA et al., 2014).

A cultura dominante de uma organização pode ser identificada através dos modos aceitáveis, apropriados e fundamentalmente significativos de comportamento dos profissionais na organização, tidos a partir da compreensão e reprodução comum desses modos comportamentais (ROBBINS, 2005).

Nos hospitais, as práticas assistenciais amplamente reproduzidas pelos profissionais são fundamentadas na racionalidade biomédica, cujo foco da assistência está na patologia, e as práticas são fragmentadas, apoiadas em tecnologias, equipamentos e intervenções. Esse modelo de atenção em saúde dominante é considerado reducionista, pois não aborda as dimensões psicológicas, sociais e econômicas que determinam o estado de saúde do indivíduo (POHLMANN et al., 2016).

O sistema complexo e de alta tecnologia também contribuiu para influenciar o comportamento humano desses profissionais nas organizações, visto que, aos poucos, foram alterando sua prática assistencial e o processo de trabalho através da incorporação dos conceitos e da reprodução de técnicas e práticas de forma acrítica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Em vista disso, a complexidade dessas atividades desenvolvidas na assistência, as intervenções em excesso e sem indicação clínica adequada, além de outros fatores relacionados à estrutura e processos comprometem a segurança da assistência.

A seguir, serão discutidos os paradigmas assistenciais, tecnocrático e humanizado, que são adotados nas maternidades, e apresentadas as repercussões de suas práticas assistenciais na cultura de assistência ao parto.

### 1.2.2 O paradigma medicalizado e seus efeitos sobre a cultura da assistência à mulher no parto

A origem do modelo dominante de prestação de serviços em saúde se deu através da consolidação da medicina como área de saber científico, no século 18. Estudos de anatomia, patologia e fisiologia direcionaram o interesse médico para a sintomatologia clínica e estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

A medicina passou a ser curativa, e o foco de sua atenção foi direcionado para as lesões e doenças e, assim, elegeu o indivíduo como seu objeto de saber. Em vista disso, para se estabelecer enquanto ciência, foi importante a união de elementos estruturais para a fundamentação dessas novas práticas médicas, como, por exemplo, o amparo na corrente mecanicista, a qual contribuiu para mudar o olhar sobre o funcionamento do organismo e do corpo humano (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Nessa corrente, os fenômenos naturais são considerados semelhantes aos mecanismos inventados pelo homem, tal como o funcionamento do corpo igualado, metaforicamente, às máquinas, desconsiderando os fatores emocionais atinentes ao ser humano. Dessa forma, a mulher é vista como uma máquina imperfeita, que necessita de reparos; o hospital, uma indústria e local para realização desses reparos; e a criança, o produto perfeito. Ademais, a visão cartesiana sobre o corpo contribuiu para o surgimento das especialidades, visto que o corpo passa a ser fragmentado, sendo a mente separada do resto do corpo (ILLICH apud TABET et al., 2017).

Portanto, a busca de soluções para os males contribuiu para a intervenção da medicina na intimidade das pessoas. Assim, a importância do sujeito foi reduzida, tornando-se cada vez mais secundário à doença e percebido com um objeto de saber médico e incapaz de compreender o processo de decisão médica.

Neste sentido, a medicalização é a apropriação, pela medicina, de problemas da vida cotidiana, tais como: menstruação; menopausa; nascimento; envelhecimento; morte, e de outras áreas sociais, entendidos agora como desvios patológicos. Ou seja, desnaturaliza a vida cotidiana e passa a exercer um controle social a partir da determinação de padrões de comportamento, em que qualquer desvio pode ser visto como patológico (GARRE; PÉREZ; SANDOVAL, 2017).

O controle médico sobre o corpo feminino surgiu a partir da necessidade de limitar o crescimento populacional, transformando a questão de ordem demográfica em problema de

natureza ginecológica e obstétrica. A análise médica sobre a mulher começava e terminava com base no útero, a partir do pressuposto de que qualquer desequilíbrio ou transtorno nesse órgão poderia provocar reações patológicas em outras áreas do corpo patológico (GARRE; PÉREZ; SANDOVAL, 2017).

Esta justificativa permitiu a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber e de medicalização, ao passo que determinou as enfermidades femininas e os padrões de comportamento sexual e reprodutivo das mulheres.

Nessa ideia, além de exercer o controle sobre o corpo por intermédio do saber científico, a medicina, pautada em razões ideológicas e econômicas, utilizou-se do advento das tecnologias ao transmitir a perspectiva de que, quanto maior a incorporação tecnológica de equipamentos para a investigação diagnóstica e o uso de medicamentos, maior será a resolução de problemas de saúde. Isto gerou muitas expectativas na população, pois essa incorporação seria um parâmetro de qualidade de vida. Porém, não há correlação do grau de incorporação tecnológica com a capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças (SILVA JÚNIOR, 2006).

É importante salientar que o favorecimento da apropriação desses saberes por parte da população se deu com o estabelecimento de normas morais de conduta, prescrição e proscrição de comportamentos, que tornaram os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos, cada vez mais especializados, tais como: pedagogos, pediatras, ginecologistas, geriatras (OLIVEIRA, 2012).

Sendo assim, o hospital se tornou um espaço físico de concentração dessa tecnologia e local para exercício da prática médica, abrindo um novo mercado de consumo. Nesse espaço, o médico detém autoridade e responsabilidade sobre o paciente e sobre a organização da instituição (SARGES; LOPES, 2016).

Foi nesse contexto de expansão dos hospitais, e devido ao surgimento da perspectiva do nascimento como um problema médico, que o parto passou a ser institucionalizado, pois, nessa visão, à medida que as gestações passaram a ser consideradas potencialmente patológicas, o parto passou a necessitar de intervenções médicas (OLIVEIRA et al., 2014).

A institucionalização do parto significou mudanças na forma de parir, deixando de ser uma experiência exclusivamente feminina, transmitida entre mulheres, para transformar-se num saber do setor médico, visto que a institucionalização é um processo de transformação de procedimentos, comportamentos e atitudes, criação de normas e rotinas, numa organização formal (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

A lógica tecnocrática dominante nessas instituições individualiza o corpo, o isola e controla através da determinação das vestimentas e da restrição da parturiente ao leito. Além disso, o familiar só pode estar nas dependências do hospital caso se adapte às regras morais da instituição, sendo preferencialmente pessoas do sexo feminino, para evitar constrangimentos com outras parturientes (SARGES; LOPES, 2016).

Nesse modelo de assistência são valorizados o lucro, a padronização de cuidados, organização hierárquica e a divisão do trabalho para alcançar a máxima produtividade. Enquanto que as práticas alternativas de cuidado e outros modelos de atenção não são tolerados, bem como os profissionais de outras áreas do saber são desvalorizados (SARGES; LOPES, 2016).

O parto tornou-se um evento inseguro, considerando que a mulher, dominada pelo saber médico, passou a submeter-se a procedimentos isolados, normatizados, fragmentados e mecanicistas, perdendo o controle e a autonomia de escolha sobre o que é realizado, pois são práticas definidas por profissionais do hospital ou maternidade (MATOS et al., 2013).

Essa retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e resignada à crença, moldada pela conduta intervencionista do médico, de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia dura utilizada na cesariana, uma vez que há uma supervalorização da ciência e da tecnologia dura, com uso de intervenções agressivas e ênfase em resultados de curto prazo. E o parto normal é visto como um processo patológico, com riscos de dor, de sofrimento e de morte. Sendo assim, a mulher passa a optar pelo procedimento cirúrgico, tido como mais seguro (BRASIL, 2014).

Neste sentido, os conhecimentos de técnicas cirúrgicas e o surgimento de tecnologias duras sofisticadas favoreceram a difusão das cesarianas como a melhor forma de parir, e passaram a serem realizadas de forma rotineira, assim como as intervenções no parto vaginal, como a episiotomia, manobras extrativas, como Kristeller, e o uso rotineiro de ocitocina (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Porém, no ano de 2015, a ocitocina endovenosa entrou para a lista de medicamentos potencialmente perigosos de uso ambulatorial e hospitalar. Esses medicamentos são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos, lesões e morte dos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização (BOLETIM DO INSTITUTO DE PRÁTICAS SEGURAS PARA MEDICAMENTOS, 2015).

De forma geral, essas práticas, amplamente reproduzidas nos hospitais são características do modelo dominante de assistência ao parto e, além disso, são resultantes do intenso processo de medicalização. Porém, conforme afirma a OMS, são práticas

descontinuadas, pois não há adequada justificativa e apoio nas evidências científicas de suas indicações como seguras à mulher e ao bebê (BRASIL, 2001).

“A cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde” (BRASIL, 2001, p. 14). Além desse consumo de recursos, a cesariana pode trazer complicações e desfechos indesejáveis à mulher, quando utilizadas sem indicação adequada.

Conforme Ivan Illich, as intervenções médicas nos indivíduos podem resultar em dor, disfunções, invalidez e angústias. Dessa forma, a doença iatrogênica envolve todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos (ILLICH apud TABET et al., 2017). Ou seja, são danos provocados ao indivíduo, advindos dos cuidados prestados pelos próprios profissionais de saúde. No caso do presente estudo, esses danos referem-se aos eventos adversos maternos, fetais e neonatais que podem ocorrer durante a assistência ao parto, conforme identificados no capítulo anterior.

Além dessas repercussões iatrogênicas na mulher, a medicalização também possui um impacto social não desejado e danoso, chamado de iatrogênese social, em que as pessoas, envolvidas pela tecnologia médica, acreditam que a saúde de uma sociedade aumenta na mesma proporção em que necessitam ou dependam de terapêuticas, medicamentos, internações (ILLICH apud TABET et al., 2017).

Desse modo, o nascimento também é percebido e praticado como uma experiência socialmente incorporada. Essa visão do parto hospitalar como parto seguro ocorre devido ao fato de o parto medicalizado ser determinado por ideias culturais incorporadas, ou seja, a evolução das práticas obstétricas tecnológicas é definida como uma vitória da sociedade civilizada sobre a antiga natureza feminina do nascimento. Consequentemente, as mulheres são controladas através dessas práticas médicas a fim de evitar qualquer risco para si e para seus bebês, idealizando a cesariana como uma forma segura de parir (BEHRUZI et al., 2013).

É importante ressaltar que a medicalização do corpo do feminino envolve também as questões de gênero, visto que o gênero pode ser entendido como o sexo socialmente construído e, dessa forma, representa os significados para as diferenças corporais, que categorizaram, historicamente, de maneira hierárquica, o feminino e o masculino (SARGES; LOPES, 2016).

Essa concepção ajuda a explicar a submissão da mulher às condutas determinadas pelo médico. Isso porque, historicamente, a profissão médica tem maior representatividade pelo sexo masculino, visto que o homem, ao longo da história, foi considerado o patriarca,

trabalhador, dotado de vida pública, intelectual, podendo estudar, instruir-se, tornar-se cientista e detentor de conhecimento (ROHDEN, 2009).

O papel social da mulher, reforçado no período da expansão do capitalismo industrial urbano, é o de mãe e esposa, cujas atividades são restritas aos espaços domésticos, ou seja, no âmbito privado. Essas construções sociais caracterizam a divisão sexual do trabalho e a submissão da mulher ao homem (ROHDEN, 2009).

Sendo assim, a submissão no ambiente hospitalar e as intervenções expõem a mulher a situações que a infantilizam, fragilizam, descaracterizam e violentam. Essa violência institucional refere-se àquela exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, e ao poder abusivo do Estado nestes espaços, através da dominação cultural e institucional, com ofensas à dignidade e desrespeito aos direitos humanos e à saúde, através da adoção de rotinas desumanizadoras na assistência à mulher e ao seu bebê (BRASIL, 2014).

A racionalidade biomédica não permite que os profissionais entendam que estão cometendo violência em razão do contexto em que se desenvolve essa prática, norteados pelo modelo dominante de atenção em saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011). Essas atitudes vão em desacordo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos na Constituição Brasileira.

Nesse sentido, deve ser efetivado um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a se produzirem ações integrais de saúde em função das necessidades das mulheres e crianças de um parto e nascimento seguros e humanizados. A seguir, discute-se o paradigma da humanização na assistência obstétrica e sua influência na perspectiva contemporânea acerca da segurança do cuidado à mulher no parto.

### 1.2.3 O paradigma da humanização e a segurança do cuidado à mulher no parto

No Brasil, a partir da década de 1970, surgiram novas correntes teóricas, com discussões sobre o uso dos dispositivos biomédicos, as relações de poder dentro das instituições, e a hegemonia do modelo biomédico de assistência ao parto nos hospitais. Os movimentos feministas começaram a se organizar e questionar a perda da autonomia feminina e colocaram em evidência as questões de gênero (CARVALHO et al., 2015).

Foi proposta uma nova organização técnico-assistencial na saúde como tentativa de romper com a hegemonia desse paradigma tecnocrático. E essa mobilização promovida pelo

movimento feminista e a cooperação dos profissionais de saúde nesses movimentos resultaram em mudanças na saúde da mulher.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado, em 1983, pelo Ministério da Saúde, com a proposta de fornecer uma assistência integral à mulher, com respeito às suas particularidades e necessidades, ressaltando a incorporação de aspectos relacionados ao gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, assim como melhores condições ao parto e pré-natal. Neste sentido, o PAISM rompeu com as políticas reducionistas relativas à saúde da mulher (MATOS et al., 2013).

É importante destacar que, mundialmente, as gestantes sofrem violência, violação de seus direitos, desrespeito, negligência, maus-tratos durante o processo de parturição nas instituições hospitalares, através da atitude do profissional e do uso de práticas invasivas sem adequada indicação. Essas práticas podem ter consequências adversas e iatrogênicas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para ambos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No âmbito da reformulação das políticas e programas de saúde da mulher, a concepção desmedicalizada do cuidado ganhou destaque. Essa concepção defende a mudança de atitude na maneira de se relacionar e assistir as mulheres, por todos e quaisquer profissionais de saúde, por meio da incorporação de práticas assistenciais não invasivas e seguras, ressaltando o direito de escolha dessa mulher, com o resgate de sua autonomia e protagonismo (SARGES; LOPES, 2016).

Entretanto, mesmo com essa mobilização, somente na década de 1990 as discussões acerca do modelo dominante de assistência ao parto ganharam destaque nos cenários internacional e nacional.

Nesse período, a OMS lançou propostas de uso adequado de tecnologias não invasivas baseadas em evidências, e o Ministério da Saúde lançou medidas para estimular o parto normal como um evento fisiológico, com a instituição de políticas e programas, bem como estímulo à participação de enfermeiras obstétricas como agentes da desmedicalização no acompanhamento do pré-natal e parto de gestantes consideradas de “risco habitual” (MATOS et al., 2013).

Essa participação foi regulamentada através da Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, que incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o parto normal sem distocia realizado por enfermeira obstetra e, mais atualmente, essa participação ganhou

força com a implantação da Rede Cegonha e dos Centros de Parto e Nascimento (RATTNER, 2009).

Na década de 2000, após o avanço das discussões acerca da humanização do parto e nascimento, para a substituição de intervenções médicas e do uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista de atenção integral à mulher, o Ministério da Saúde elaborou a PNH e o PHPN (MATOS et al., 2013). Além disso, em 2004, em resposta às reivindicações dos movimentos sociais, que apontavam as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias e criticavam a fragmentação das ações e da assistência, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2015b).

Essa política tem a proposta de ampliar as ações, antes restritas ao período reprodutivo da mulher, atender às suas necessidades de saúde, e resgatar a autonomia feminina em todas as dimensões da vida, garantindo um cuidado integral, bem como seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2015b).

O paradigma de humanização da assistência surgiu através de críticas ao modelo de atenção em saúde que fragmenta a assistência, aos excessos dos dispositivos biomédicos de controle da assistência ao parto, que vão a desencontro com o respeito, a autonomia e a dignidade da mulher, e questionamentos acerca da hierarquia dentro das instituições hospitalares, que representa as relações de poder que inibem a autonomia dos profissionais para atuarem (BRASIL, 2014).

Desse modo, a humanização da assistência visa a pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS, através do reconhecimento de cada pessoa como cidadã de direitos, e atuante na produção de saúde. Além disso, estimula a incorporação das perspectivas de gênero nas ações em saúde. A mulher, seus familiares e o bebê devem ser recebidos de forma ética, solidária e digna, por parte das instituições de saúde e seus profissionais que devem reconhecer os aspectos sociais e culturais envolvidos no parto e nascimento (BRASIL, 2014).

Ademais, em conformidade com as práticas assistenciais que representam o olhar do Ministério da Saúde do Brasil, embasadas nas evidências científicas disponíveis, e nas recomendações internacionais, as ações e rotinas hospitalares devem romper com o tradicional isolamento imposto à mulher, bem como os procedimentos realizados devem ser comprovadamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, ao evitar práticas intervencionistas desnecessárias que ponham em risco a saúde da parturiente e seu bebê (BRASIL, 2017a).

Estimula-se o uso de tecnologias não invasivas do cuidado para o alívio da dor, de forma não farmacológica, entre elas: a livre movimentação; banho morno de aspersão ou

banheira; exercícios respiratórios; uso de bola suíça, cavalinho e banqueta para ampliação dos diâmetros da pelve; dieta líquida; livre escolha da mulher de sua posição no parto. O profissional de saúde pode utilizar essas práticas de acordo com as preferências da mulher e conforme suas indicações (BRASIL, 2017a).

Deve ser ofertado um ambiente acolhedor, com suporte emocional à mulher e sua família; informando sobre os procedimentos que serão realizados; estímulo à presença de um acompanhante de sua escolha; resgate da autonomia feminina durante todo o processo de parturição; elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; e, principalmente, ter os seus direitos de cidadania respeitados conforme preconiza o SUS (BRASIL, 2017a).

Assim, o modelo humanístico valoriza o parto como evento fisiológico, prioriza o corpo conectado à mente, o paciente como sujeito relacional, em que as decisões e responsabilidades são compartilhadas entre este e o médico. Há um equilíbrio entre os desígnios da instituição e do indivíduo, e o foco está na prevenção da doença, além da flexibilização para outros modelos (BRASIL, 2014).

Contudo, a hegemonia do modelo biomédico pode tornar ineficaz qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças desse modelo assistencial, principalmente nos hospitais, que são instituições mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão, devido a seus modos de organização e circulação do poder (BRASIL, 2014).

É necessário desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho e, assim, promover um processo de transformação cultural progressiva no modelo hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, especialmente através da mudança de atitude profissional (BRASIL, 2014).

Além da mudança do paradigma assistencial na atenção materna e neonatal, são importantes reformulações ministeriais para garantir uma assistência de qualidade e segura, pois a assistência obstétrica envolve duas vidas, o que torna as ações e os elementos mais específicos para a promoção de um parto seguro.

Neste sentido, a ANVISA, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio de suas normativas buscou trazer ações que promovam uma assistência segura e vise à prevenção de agravos. Nesse caso, as ações compreendem: o uso de protocolos e diretrizes assistenciais, listas de verificação de segurança, a mudança na atitude profissional e a valorização de práticas desmedicalizadas, bem como uma cultura de segurança através da identificação e solução de problemas de segurança, investigação completa dos óbitos maternos e verificação

das condições de funcionamento dos serviços (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Portanto, a incorporação desse modelo de assistência, juntamente com a adoção dessas práticas e atitudes por parte de todos os profissionais dos diferentes níveis hierárquicos nas instituições de saúde, é importante para que as mulheres e seus familiares tenham uma assistência segura, livre de violências, iatrogenias, e acesso universal aos serviços, pois a maternidade deve ser um ambiente acolhedor, de proteção da vida e respeito aos direitos das mulheres.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 Tipo de estudo e pressupostos teóricos e metodológicos

Trata-se de um estudo misto, com desenho sequencial explanatório. Este tipo de estudo refere-se à combinação dos métodos qualitativo e quantitativo em uma mesma pesquisa, sendo um método principal e outro método secundário, realizados em duas fases distintas (CRESWELL; CLARK, 2013).

A fase inicial desse estudo é realizada através da abordagem quantitativa, que fornece achados generalizados sobre o problema de pesquisa. A segunda fase é realizada por meio do método qualitativo, principal desse estudo, pois proporciona um entendimento detalhado do problema. Dessa forma, ao misturar esses dois métodos na mesma pesquisa, proporciona aprofundamento e ampliação do entendimento sobre um determinado problema (CRESWELL; CLARK, 2013).

Neste sentido, as pesquisas mistas permitem aos pesquisadores combinarem paradigmas e abordarem importantes problemas de pesquisa, alcançando maiores evidências e compreensão dos fenômenos, facilitando o fortalecimento do conhecimento teórico e prático. Neste sentido, eles apontam que o fato de incorporarem dados como: imagens, narrações ou verbalizações dos atores favorece a obtenção de maior significado aos dados numéricos (PÉREZ, 2011).

A base teórica dos métodos mistos refere-se a um ponto de vista, adotado pelo pesquisador, que direciona as diferentes fases do projeto. Nesta perspectiva, as teorias da ciência social e emancipatória são dois tipos de teorias que podem ser adotadas para informar um estudo misto. Assim, uma teoria da ciência social é adotada no início do estudo e proporciona uma estrutura que direciona a natureza das questões formuladas e respondidas. A teoria emancipatória é empregada em favor de grupos sub-representados ou marginalizados, com o objetivo de tratar questões de justiça social e da condição humana (CRESWELL; CLARK, 2013).

Segundo Creswell e Clark (2013), o projeto explanatório é o mais direto dos métodos mistos, em que o pesquisador começa conduzindo uma fase quantitativa e acompanha os resultados com uma segunda fase, qualitativa, para explicar os resultados iniciais em maior

profundidade. Esse tipo de abordagem é favorável a pesquisadores individuais, pois, apesar de a pesquisa ser realizada em duas fases, a coleta de dados pode ocorrer no mesmo momento.

Além de ser explanatório, o presente estudo é sequencial, o que implica uma ordem de seguimento e continuidade do estudo. Ou seja, inicia-se o estudo pela coleta de dados quantitativos e, na sequência, ocorre a coleta de dados qualitativos. Dessa forma, ocorre uma interpretação de como os dados qualitativos ajudam a explicar os dados quantitativos iniciais (CRESWELL; CLARK, 2013).

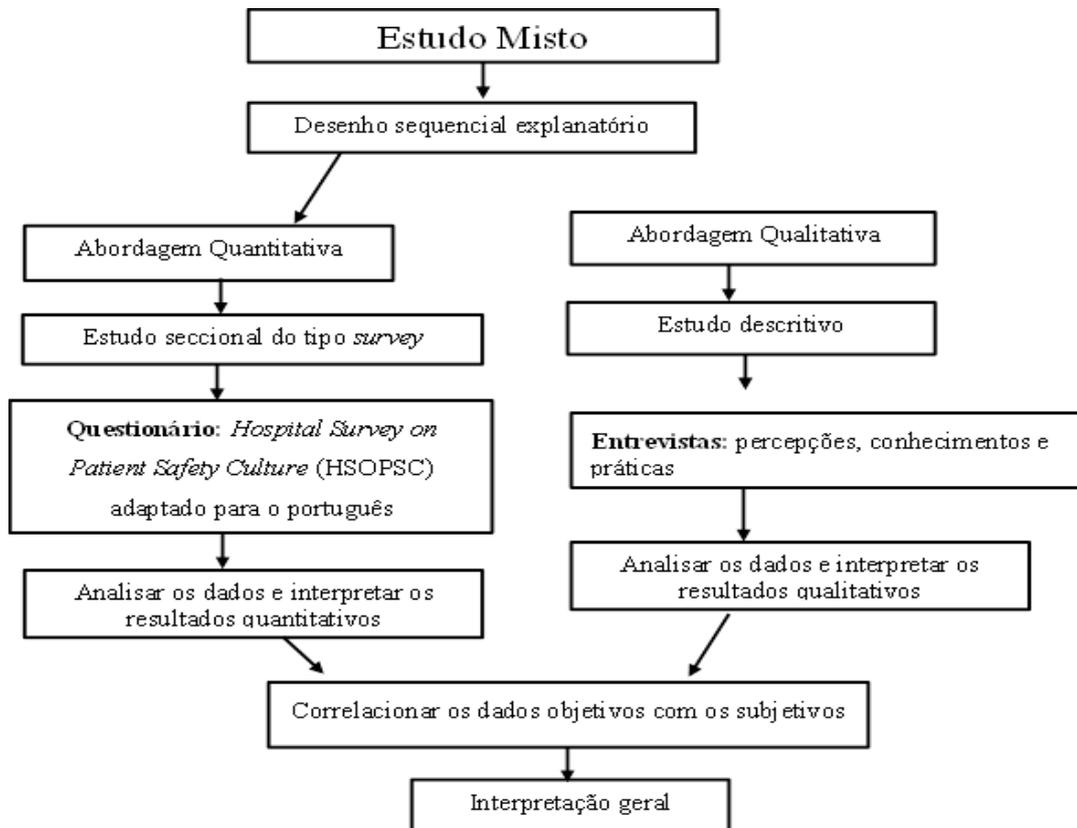
Conforme Pérez (2011), há autores que descrevem o desenho dos projetos de métodos mistos por meio de uma simbologia, que indica sua sequência e seu polo dominante. Assim sendo, a representação do desenho metodológico dessa pesquisa mista é: quan → QUAL.

Esta simbologia é interpretada da seguinte forma: a abreviação “quan” representa a abordagem quantitativa inicial e que subsidiará a segunda fase da pesquisa; a seta “→” indica que o método secundário será usado após a coleta dos dados primários; e a abreviatura “QUAL” representa que a fase qualitativa é o polo secundário e dominante do estudo misto, por esse motivo sua grafia está com letras maiúsculas.

De acordo com Minayo (2011), o conjunto de dados qualitativos e quantitativos não se opõe. Na verdade, esses dados se complementam, pois eles interagem de forma dinâmica, eliminando qualquer dicotomia. Portanto, a associação dessas abordagens contribui para uma compreensão mais ampla da problemática do estudo, à medida que viabiliza a complementação dos dados coletados e analisados, além de favorecer a obtenção de informações mais abrangentes em relação à questão de investigação, pois possibilita a quebra das limitações metodológicas de cada uma dessas abordagens (CRESWELL; CLARK, 2013).

Logo, a razão para a escolha do estudo misto sequencial explanatório se deve ao fato de este método permitir analisar em profundidade as percepções dos profissionais da equipe de enfermagem e médica acerca da assistência segura ao parto. Assim, possibilitou uma etapa inicial quantitativa, que buscou descrever a avaliação da cultura da segurança da mulher e do filho na assistência ao parto hospitalar, sendo seguida pela fase qualitativa, que intentou conhecer as percepções da equipe de enfermagem e médicos sobre a segurança nesta assistência e identificar os fatores envolvidos na cultura de segurança, segundo esses profissionais.

Figura 2 – Desenho sequencial explanatório da pesquisa mista



Fonte: A autora, 2018.

## 2.2 Cenário da pesquisa mista e participantes

O cenário deste estudo foi uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, situada na Região Metropolitana 1, área central deste município, que presta atendimento prioritário às mulheres classificadas de baixo risco obstétrico e conta com enfermeiras obstétricas na assistência ao parto normal.

A escolha desta maternidade deu-se ao fato de a instituição ser referência para o parto humanizado, conforme afirma a própria Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ) em matéria publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2018). Além disso, a instituição selecionada é campo de formação da residência médica e de enfermagem obstétrica, bem como dos cursos de aprimoramento de enfermeiras obstétricas promovidos pelo Ministério da Saúde em parceria com universidade pública.

Esta instituição é responsável por um quantitativo anual elevado de nascimentos. Segundo os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2017b), em 2015, foram atendidos 5.391 nascimentos, sendo 3.849 por parto normal e 1.541 por cesariana. Cabe ressaltar que a enfermagem obstétrica é responsável por aproximadamente metade da assistência aos nascimentos por parto normal dessa maternidade. Segundo dados da própria instituição, no primeiro trimestre de 2018, ocorreram 987 partos vaginais no Centro de Parto Normal, em que 47,6% (470) desses partos foram assistidos pela enfermagem obstétrica.

Conforme as informações disponíveis em agosto de 2017 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2017c), a maternidade possui duas salas de cirurgia; duas salas de recuperação; uma sala de curetagem; seis salas de parto normal; três salas de parto; 68 leitos de alojamento conjunto e 34 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Também dispõe de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desde o primeiro semestre de 2016, que realiza atividades de educação permanente na unidade de saúde, e encontra-se cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cabe destacar que, em 2017, esse NSP foi agregado ao Núcleo de Segurança do Trabalhador devido à ausência da enfermeira responsável, em decorrência da diminuição do quadro de pessoal. Porém, no ano de 2018, o núcleo retomou suas atividades.

Os dados do CNES sobre a maternidade também informam que a instituição dispunha de 254 profissionais de enfermagem, correspondentes a 71 enfermeiras, sendo 25 enfermeiras obstétricas, e 183 técnicos em enfermagem. Quanto à equipe médica, havia 108 profissionais cadastrados, com predominância dos ginecologistas/obstetras e pediatras. Portanto, a população era de 362 profissionais de enfermagem e da medicina em 2017 (BRASIL, 2017c).

Segundo dados obtidos na própria instituição, em 2018, o centro obstétrico esteve composto por 18 enfermeiras obstétricas, com 3 profissionais em cada plantão, sendo 6 plantões diferentes; 6 enfermeiras generalistas, uma por plantão; 36 técnicas de enfermagem, estando 6 por plantão. Em relação à equipe médica, o serviço diurno é composto por 5 médicas obstetras e o noturno por 4, sendo aproximadamente 40 profissionais atuantes no setor, além de contar com 20 pediatras, ficando 4 por plantão. Dessa forma, a população foi de 120 profissionais de enfermagem e médicos no centro obstétrico.

É importante salientar que essa instituição é administrada por uma Organização Social de Saúde (OSS), empresa privada e sem fins lucrativos, que firmou parceria com o Município para a gestão da instituição. Assim, todos os profissionais atuantes na maternidade possuem vínculo trabalhista celetista.

Em relação à amostragem, na fase quantitativa da pesquisa, a amostra dos participantes foi por conveniência, em que os participantes são escolhidos por estarem disponíveis, e não probabilística, sendo indicada para casos em que os respondentes são grupos específicos (FREITAS et al., 2000).

Desse modo, a opção por esse tipo de amostragem foi devida à sua fácil operacionalização e pelo motivo de os participantes elegíveis constituírem um grupo de profissionais restrito ao centro obstétrico e circunscrito às categorias de enfermagem e médica, uma vez que a pesquisa não intentou avaliar a cultura de segurança de todos os setores e profissionais da instituição pesquisada. Portanto, foram intencionalmente selecionados os profissionais de enfermagem e médicos que prestam assistência às mulheres no parto e que se colocaram prontamente disponíveis para participar desta fase da pesquisa.

Na etapa qualitativa, os participantes foram eleitos por meio da amostragem por saturação, que, conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), se caracteriza pela interrupção da inclusão de novos participantes quando os conteúdos das entrevistas se tornam repetitivos. Além disso, a seleção dos participantes elegíveis desta etapa foi por meio de um sorteio nominal a partir da relação dos profissionais que constavam nas escalas dos serviços de enfermagem e médico, por ocasião da coleta dos dados qualitativos.

Foram incluídos na pesquisa as(os) técnicas(os) de enfermagem, as(os) enfermeiras(os) e as(os) médicas(os) que atuam no centro obstétrico da maternidade como diaristas ou plantonistas, prestam assistência direta às mulheres no trabalho de parto e parto, no período diurno, independentemente do tipo de vínculo trabalhista com a instituição. Os profissionais excluídos da pesquisa foram enfermeiras(os), médicas(os) e técnicas(os) de enfermagem que atuavam nesta assistência e setor da maternidade há menos de um ano.

Entende-se que o vínculo e o tempo de trabalho são necessários para que o profissional esteja ambientado na cultura assistencial da instituição e que os profissionais que trabalham no turno diurno poderiam ter maior interação ou participação nas recentes ações desenvolvidas pelo NSP da instituição.

## 2.3 Fase quantitativa: estudo do tipo *survey*

A pesquisa do tipo *survey* é utilizada como forma de produzir ações, opiniões e descrições quantitativas de uma determinada população específica ou subgrupos, por meio de um instrumento de coleta de dados específico (CENDÓN; RIBEIRO; CHAVES, 2014).

Além disso, a pesquisa quantitativa é caracterizada pela objetividade e a influência do positivismo, ao considerar que as causas de um fenômeno só podem ser compreendidas por meio das relações entre variáveis e da análise de dados mensuráveis, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados (MINAYO, 2011).

Assim, a abordagem quantitativa foi escolhida por possibilitar a verificação da cultura de segurança da mulher e do filho no parto hospitalar.

### 2.3.1 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados desta fase foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que foi validado e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa e realidade brasileira por Reis (2013), podendo ser visualizado no Anexo A.

O HSOPSC foi criado em 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que é a agência norte-americana voltada para a pesquisa e a qualidade em assistência à saúde. O questionário visa a mensurar as dimensões da cultura de segurança do paciente por meio de fatores como os valores, crenças e normas da organização, comunicação, relato de eventos adversos, liderança e gestão.

Desse modo, através dos resultados obtidos, a pesquisa pode ser usada para: aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente; avaliar o status atual da cultura de segurança do paciente; identificar pontos fortes e áreas para melhoria da cultura de segurança do paciente; analisar as tendências da mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo; avaliar o impacto cultural das iniciativas e intervenções de segurança do paciente; realizar comparações dentro e entre organizações (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2018).

O HSOPSC é estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança que possibilitam medir o conhecimento nos âmbitos: individual, das unidades e hospitalar, e dos profissionais

que têm contato direto ou indireto com os pacientes e despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital, além de avaliar variáveis de resultado (REIS, 2013; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). O questionário é composto por oito seções organizadas por letras de A à H, totalizando 42 itens. A maioria destes itens contempla respostas do tipo Likert, cinco pontos, que variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

É importante destacar que a pergunta 7 do questionário foi adaptada para esta pesquisa, concernente ao cargo ou função que o profissional exerce no hospital, uma vez que, na versão original do instrumento, estão incluídos outros profissionais de saúde, como nutricionista, assistente social, entre outros.

Os questionários foram aplicados para os profissionais que integravam as equipes de enfermagem e médicas, atuantes no centro obstétrico, durante o serviço diurno e que se dispuseram a participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2018.

Para cada participante, foi solicitado o preenchimento do questionário no mesmo dia de sua entrega, com intento de minimizar perdas na produção de dados. Em virtude da dinâmica do serviço no dia da coleta de dados, foram necessárias várias tentativas para sensibilizar a equipe para o preenchimento do questionário durante as pausas de suas atividades laborais, para alcançar o quantitativo mais próximo da totalidade da equipe de profissionais atuantes no centro obstétrico do hospital.

### 2.3.2 Variáveis

As variáveis de um estudo são referentes às características ou atributos de um indivíduo ou de uma organização que podem ser medidas ou observadas, e que variam entre as pessoas ou organizações que estão sendo estudadas (CRESWELL, 2010).

A variável aqui estudada é a cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem e médicos no centro obstétrico, que é composta pelos dados das quatro variáveis mensuradas pelo HSOPSC, conforme Reis (2013). Estas variáveis são representadas pelos dados referentes ao nível da Unidade de Trabalho no hospital; ao nível da Organização Hospitalar e ao Resultado, além dos dados sociodemográficos dos participantes. Cada uma destas variáveis abarca as seguintes dimensões e medidas exibidas no Quadro 2:

Quadro 2 – Variáveis da cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem e médicos no centro obstétrico mensuradas pelo HSOPSC

Sete dimensões relativas à Unidade de Trabalho no hospital*	Três dimensões relativas à Organização Hospitalar*
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas e ações de promoção da segurança;</li> <li>- Aprendizado organizacional;</li> <li>- Trabalho em equipe no âmbito das unidades;</li> <li>- Abertura de comunicação;</li> <li>- Retorno das informações e da comunicação sobre os erros;</li> <li>- Respostas não punitivas aos erros;</li> <li>- Pessoal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente;</li> <li>- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares;</li> <li>- Transferências internas e passagem de plantão.</li> </ul>
Dois dimensões de Resultado*	Medidas de Resultado**
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepções gerais sobre segurança do paciente;</li> <li>- Frequência de eventos relatados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de eventos relatados nos últimos doze meses;</li> <li>- Nota da segurança do paciente.</li> </ul>

Legenda: (\*) itens múltiplos do questionário; (\*\*) itens simples do questionário.

Fonte: REIS, 2013.

As variáveis sociodemográficas dos participantes são: sexo, idade, grau de instrução; tempo de atuação na especialidade/profissão e no hospital; horas semanais de trabalho; cargo/função e setor onde atua na instituição.

### 2.3.3 Análise dos dados

Para análise das respostas dos participantes às seções do questionário HSOPSC, foi aplicado o tratamento estatístico-descritivo, pelas frequências absolutas e relativas das respostas, segundo a categoria profissional, e conforme as orientações da AHRQ sobre a avaliação dos resultados por meio do percentual de respostas positivas nos itens e em cada dimensão aferida (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2018).

A AHRQ (2018) indica que o percentual das respostas positivas é obtido por meio da combinação das duas mais altas categorias de respostas, como as categorias “concordo totalmente”/“concordo” e “na maioria das vezes”/“sempre”. O percentual de respostas negativas também segue a mesma lógica e se refere às duas categorias de respostas mais baixas, como “discordo totalmente”/“discordo” e “nunca”/“raramente”. Os pontos médios das escalas são relatados como uma categoria de resposta neutra, correspondente às respostas “nem concordam e nem discordam”/ “às vezes”.

Cabe ressaltar que no questionário há itens redigidos de forma negativa. Para este grupo de respostas negativas, a AHRQ (2018) recomenda a seguinte codificação se os participantes responderem:

- a) “Discordar totalmente” ou “Nunca”: estas respostas devem ser recodificadas de 1 para 5;
- b) “Discordar” ou “Raramente” a um item de palavras negativas: as respostas devem ser recodificadas de 2 para 4.
- c) “Sempre” ou “Concorda totalmente”: as respostas devem ser recodificadas de 5 para 1;
- d) “Na maioria das vezes” ou “Concorda”: as respostas devem ser recodificadas de 4 para 2.

Os critérios para avaliação da cultura de segurança propostos por Reis (2013) foram aqui adotados e seguem a seguinte categorização: percentual das respostas positivas igual ou maior que 75% corresponde a uma cultura de segurança fortalecida; percentual das respostas igual ou menor que 50% denota que a cultura de segurança é fragilizada, e se o percentual fica entre estas duas faixas, as respostas são consideradas como neutras ou com potencial de melhoria.

#### **2.4 Fase qualitativa: estudo descritivo**

A abordagem qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivações, crenças, valores, aspirações, atitudes. Dessa forma, apresenta um enfoque no subjetivo, o que

corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2011).

O estudo descritivo compreende o delineamento ou a análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas, e o levantamento de dados de forma organizada para descrever situações (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A escolha da abordagem qualitativa foi em função de ser a mais apropriada para conhecer as concepções dos profissionais de saúde sobre a assistência segura ao parto e descrever os fatores culturais do cuidado obstétrico hospitalar, relacionados com essas concepções dos profissionais.

#### 2.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi por meio de entrevista, com apoio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). Essa técnica proporciona a liberdade ao entrevistado para exprimir-se, além de permitir ao entrevistador introduzir perguntas que julgar necessárias para esclarecimentos de respostas e comentários fornecidos, mesmo o roteiro sendo previamente preparado (MINAYO, 2011). Nesse estudo, as entrevistas foram individuais, gravadas em meio digital, e como estratégia de coleta de dados, a pesquisadora realizou uma ambiência para conhecer as equipes e o local de realização das entrevistas.

O roteiro utilizado foi dividido em duas partes. A primeira relativa à caracterização dos participantes e a segunda parte às questões da pesquisa propriamente dita. Esta segunda parte foi dividida em duas seções. A primeira seção continha sete perguntas e buscou verificar a concepção do participante acerca da segurança da assistência obstétrica. A segunda seção, com nove perguntas, visou a identificar os aspectos da cultura institucional de segurança da assistência no parto. Cabe ressaltar que o roteiro foi testado previamente com voluntários da mesma categoria profissional dos participantes e suas respostas descartadas.

A coleta aconteceu no período de maio a julho de 2018, simultaneamente à fase quantitativa. Isso se deu em face às dificuldades encontradas na coleta, pois muitos profissionais não se apresentavam disponíveis para realizar a entrevista ou responder o questionário devido à grande demanda de trabalho do centro obstétrico, sobretudo os médicos. Então, aquele profissional que se disponibilizou foi convidado a participar da

pesquisa. Contudo, aqueles que se colocaram ao dispor de conceder a entrevista, na segunda fase da pesquisa, foram menores que na primeira fase, a quantitativa.

Nessa fase qualitativa, participaram do estudo 12 profissionais, sendo 4 enfermeiras(os) obstetras, 4 técnicas(os) de enfermagem e 4 médicas(os), sendo 2 obstetras e 2 pediatras.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos especificados acima, no item 2.2 “Cenário da pesquisa mista e participantes”, e o encerramento desta etapa ocorreu quando as informações coletadas, por meio das entrevistas, alcançaram a saturação, ou seja, não apontavam novas informações.

#### 2.4.2 Técnica de análise

As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática, que, segundo Bardin (2011), é um método que se utiliza de técnicas e procedimentos sistemáticos de identificação do conteúdo das mensagens contidas em textos e outros documentos textuais, que expressam significados e significantes, ou seja, o social. Para isso, é necessária a contagem de um ou vários temas, palavras, frases ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, a qual expressa o objeto de estudo.

Dessa forma, a análise de conteúdo está organizada em três fases distintas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados. A primeira fase, pré-análise, representa a organização do material e escolha dos documentos de acordo com os objetivos, hipóteses e indicadores que fundamentem a interpretação final, ou seja, objetiva a sistematização das ideias e dos documentos. Para a escolha desses documentos e o contato inicial com o material, é importante: obedecer a critérios rigorosos de escolha, bem como corresponderem ao objetivo que suscita a análise; a amostra deve ser representativa do universo inicial. Além disso, deve ser realizada a leitura flutuante das informações e o material deve ser preparado (BARDIN, 2011).

A fase seguinte, exploração do material, significa a administração sistemática do material, ou seja, serão realizadas operações de codificação, desconto ou enumeração. Dessa forma, os dados brutos são agregados e enumerados, permitindo uma descrição exata do conteúdo (BARDIN, 2011).

Na última fase do tratamento dos resultados, os resultados brutos serão tratados para que se tornem significativos e válidos, podendo ser aplicadas técnicas de estatística simples ou mais complexa (BARDIN, 2011).

## **2.5 Procedimentos éticos da pesquisa mista**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética SMS-RJ, com parecer favorável número 2.588.977 (ANEXO B). Em todas as fases de sua execução foi respeitada a Portaria nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). À chefia da Unidade foi solicitada uma autorização de entrada no cenário para realizar a coleta de dados (APÊNDICE D).

Ademias, previamente, foram requeridos ao participante o aceite e a autorização, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), e para preservar o anonimato, cada depoente recebeu uma codificação numérica, variando do número 1 até 12, seguindo a ordem de realização das entrevistas. O material coletado será guardado por 5 anos com a pesquisadora, como prevê a legislação supracitada.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Fase quantitativa

Foi respondido um total de 28 questionários, mas dois instrumentos foram descartados, em virtude de um participante não ter atendido aos critérios de inclusão e outro não ter respondido por completo o instrumento. Portanto, a amostra estudada corresponde a 26 (100%) participantes.

Estes participantes são representados por 9 (34,6%) enfermeiras(os), 9 (34,6%) técnicas(os) de enfermagem e 8 (30,8%) médicas(os) que prestam cuidados diretos às mulheres no centro obstétrico da instituição. Quase a totalidade destes profissionais é do sexo feminino (96,2%) e apenas um enfermeiro é do sexo masculino. Por esse motivo, todos os participantes serão doravante designados pelo gênero feminino.

Metade das enfermeiras e médicas está faixa etária de 28 a 37 anos (50%). Entre as técnicas de enfermagem há predominância (44,5%) de idade no intervalo de 38 a 47 anos. Referente à escolaridade, a maioria das técnicas (66,7%) possui ensino médio completo e grande parte das enfermeiras (88,9%) e médicas (62,5%) é especialista em obstetrícia.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a totalidade das enfermeiras e técnicas de enfermagem trabalha entre 1 a 5 anos, bem como a maioria (62,5%) das médicas. Quanto à carga horária semanal, a maioria (57,7%) dessas profissionais de saúde trabalha na instituição de 20 a 39 horas. Entre as médicas, predominou (62,5%) a carga horária de menos de 20 horas. Há enfermeiras (44,4%) e médicas (12,5%) que trabalham acima de 40 horas semanais. Todos esses dados podem ser observados na Tabela 1, na próxima página.

Tabela 1 – Características sociais e laborais da equipe de enfermagem e médicas do centro obstétrico de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018

Variável	Categoria Profissional*			Equipe Obstétrica n=26 (%)
	ENF n=9 (%)	TEC n=9 (%)	MED n=8 (%)	
<b>Sexo</b>				
Feminino	8 (88,9)	9 (100)	8 (100)	25 (96,2)
Masculino	1 (11,1)			1 (3,8)
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
18 a 27	3 (33,3)	1 (11,1)		4 (15,4)
28 a 37	5 (55,6)	2 (22,2)	6 (75)	13 (50)
38 a 47	1 (11,1)	4 (44,5)	1(12,5)	6 (23,1)
48 ou mais		2 (22,2)	1(12,5)	3 (11,5)
<b>Grau de Instrução</b>				
Ensino médio completo		6 (66,7)		6 (23,1)
Ensino superior incompleto		3 (33,3)		3 (11,5)
Ensino superior completo	1 (11,1)		3 (37,5)	4 (15,4)
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	6 (66,7)		4 (50)	10 (38,5)
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	2 (22,2)		1(12,5)	3 (11,5)
<b>Tempo de trabalho (anos) **</b>				
1 a 5	9 (100)	9 (100)	5 (62,5)	23 (88,5)
6 a 10			3 (37,5)	3 (11,5)
<b>Carga horária semanal (horas)</b>				
Menos de 20		1 (11,1)	5 (62,5)	6 (23,1)
20 a 39	5(55,6)	8 (88,7)	2 (25)	15 (57,7)
40 a 59	2 (22,2)		1 (12,5)	3 (11,5)
60 a 79	2 (22,2)			2 (7,7)

Legenda: (\*) ENF= Enfermeira(o); TEC = Técnica(o) de Enfermagem; MED = Médica(o)  
(\*\*) na instituição.

Fonte: A autora, 2018.

A seguir será descrita a avaliação das 12 dimensões da cultura de segurança da mulher, segundo as técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas participantes do estudo, conforme o questionário HSOPSC.

### 3.1.1 Avaliação das dimensões da cultura de segurança da paciente obstétrica pela equipe de enfermagem e médica

Nesta seção são apresentados os atributos da cultura de segurança da mulher no parto. Na Tabela 2 estão descritos os percentuais de respostas positivas da equipe de enfermagem e médica, denominada equipe obstétrica, para cada dimensão da cultura de segurança.

Tabela 2 – Frequência das respostas positivas das profissionais da equipe obstétrica em cada dimensão da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018

Dimensões	Categoria Profissional**			Equipe Obstétrica (n=26)
	ENF* (n=9)	TEC* (n=9)	MED* (n=8)	
	%	%	%	
Expectativas e ações dos supervisores	47,2	47,2	31,3	41,9
Trabalho em equipe dentro da unidade	66,7	61,1	81,3	69,7
Aprendizagem organizacional e melhorias contínuas	70,4	74,1	66,7	70,4
Abertura para comunicação	48,1	48,2	58,3	51,5
Comunicação e informação de erros	44,4	63,0	54,2	53,9
Respostas não punitiva aos erros	70,4	63,0	54,2	62,6
Pessoal	38,9	30,6	25,0	31,5
Trabalho em equipe entre as unidades	27,8	41,7	43,8	33,8
Apoio da gestão hospitalar	48,1	59,3	45,8	51,1
Transferências internas e passagem de plantão	25,0	16,7	50,0	30,6
Percepções gerais da segurança do paciente	57,8	33,3	34,4	31,8
Frequência de incidentes relatados	40,7	85,2	20,8	48,9

Legenda: (\*) ENF= Enfermeira(o); TEC = Técnica(o) de Enfermagem; MED = Médica(o) (\*\*) na instituição.

Fonte: A autora, 2018.

Conforme as frequências das respostas positivas da equipe obstétrica, constata-se que nenhuma das dimensões avaliadas alcançou o nível de cultura de segurança fortalecida, ou seja, nenhuma delas obteve percentual de 75% ou mais.

Nesse sentido, verificou-se que a média das frequências das repostas positivas nas 12 dimensões avaliadas foi de 48,14%, o que representa uma cultura de segurança fragilizada na maternidade pesquisada, tendo em vista que a metade das dimensões da cultura de segurança

foi classificada na área neutra e as demais dimensões estão fragilizadas, com percentual de 50% ou menos de respostas positivas.

Ao realizar uma análise individualizada das dimensões da cultura de segurança, segundo a categoria profissional, foi possível verificar que alguns dos itens específicos exerceram influência na percepção neutra sobre os escores dos percentuais de respostas positivas. Este conjunto de dados pode ser visualizado no Apêndice E.

Nesse sentido, as médicas consideraram a dimensão sobre o trabalho em equipe dentro da unidade como área de força, enquanto que as enfermeiras e as técnicas de enfermagem têm uma percepção desta dimensão na área de neutralidade. Poucas enfermeiras (22,2%) concordaram com a afirmativa de que contam com ajuda quando a unidade de trabalho está sobrecarregada. Entre as técnicas de enfermagem, foram poucas respostas positivas (11,1%) sobre a equipe trabalhar junta quando o trabalho tem de ser realizado rapidamente.

A equipe obstétrica classificou como fragilizada a cultura de segurança na dimensão sobre as expectativas e ações dos supervisores. Nesta dimensão, destacou-se como a maior fragilidade o item referente ao recebimento de elogio do supervisor/chefe quando o trabalho é realizado de acordo com os procedimentos de segurança do paciente, pois apresentou 37,5% de respostas positivas entre as médicas e 55,6% entre as enfermeiras. Contudo, todas as categorias profissionais discordaram que a supervisão/chefia quer que trabalhem o mais rápido possível quando a pressão aumenta, mesmo que isso signifique “pular etapas”, com uma média de 15,3% de respostas positivas.

Em relação à dimensão da aprendizagem organizacional e melhorias contínuas, constatou-se que 100% das técnicas responderam que estão ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. Em contrapartida, somente 62,5% das médicas e 66,7% das enfermeiras concordaram com esta assertiva. Essa visão contrastante também foi verificada na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”, na qual somente as técnicas de enfermagem (100%) discordaram que muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.

No que diz respeito ao apoio da gestão hospitalar, 66,7% das enfermeiras concordaram que a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso, ao passo que 12,5% das médicas e 22,2% das técnicas discordaram dessa afirmação.

Quanto à dimensão “Abertura para comunicação”, a maioria (51,5%) das profissionais respondeu ter liberdade para falar ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. Isso é justificado porque mais da metade (55,6%) das técnicas de enfermagem se

sente à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores, entretanto, as enfermeiras (44,4%) e as médicas (48,1%) têm uma percepção de fragilidade deste item. Na dimensão atinente à comunicação e informação de erros, identificou-se que apenas 25% das médicas e 44,4% da equipe de enfermagem são informadas sobre os erros que acontecem na unidade, o que indica uma deficiência no *feedback* para abordagem, discussão e prevenção da reincidência dos erros.

Verificou-se que a dimensão referente ao quantitativo de pessoal também contribui para a fragilidade da cultura de segurança, pois apenas 11,1% das técnicas de enfermagem, nenhuma enfermeira e 12,5% das médicas concordaram que a unidade dispõe de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho na maternidade. Ademais, 88,9% das enfermeiras responderam que estão trabalhando em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido.

Além disso, a dimensão sobre as transferências internas e a passagem de plantão também é uma área frágil na cultura de segurança, tendo em vista que 62,5% das médicas concordaram que o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. Contudo, as enfermeiras (25%) e técnicas de enfermagem (16,7%) se posicionaram contrárias à afirmativa.

Quanto à dimensão referente às respostas não punitivas aos erros, 77,8% das enfermeiras e 75% das médicas responderam que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra elas. Ademais, 66,7% das técnicas se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.

A percepção geral das enfermeiras acerca da segurança do paciente ficou na área de neutralidade, mas entre as técnicas de enfermagem e médicas, a percepção geral foi de uma cultura frágil. Predominaram as respostas de discordância destas profissionais sobre a assertiva de que a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. Entre a equipe obstétrica, apenas 26,8% concordaram com o item.

Com relação à frequência de incidentes relatados, as participantes da pesquisa responderam questões sobre a frequência de relato e notificação dos erros, sem danos ocorridos durante a assistência, cuja distribuição das frequências dessas notificações pode ser observada na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Frequência de notificação dos erros sem danos ao paciente segundo os profissionais da equipe obstétrica de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018

	<b>CAT PROF</b>	<b>Nunca /Raramente n (%)</b>	<b>Às vezes n (%)</b>	<b>Quase sempre/Sempre n (%)</b>
<b>Erro percebido e corrigido antes de afetar o paciente</b>	<b>ENF*</b>	3 (33,3)	3 (33,4)	3 (33,3)
	<b>TEC*</b>	1(11,1)	1(11,1)	7(77,8)
	<b>MÉD*</b>	5(62,5)	2(25)	1(12,5)
	<b>Equipe</b>	<b>9 (34,6)</b>	<b>6 (23,1)</b>	<b>11 (42,3)</b>
<b>Erro sem risco de dano ao paciente</b>	<b>ENF*</b>	3 (33,3)	3(33,4)	3 (33,3)
	<b>TEC*</b>	1(11,1)	-	8(88,9)
	<b>MED*</b>	5(62,5)	2(25)	1(12,5)
	<b>Equipe</b>	<b>9 (34,6)</b>	<b>5(19,2)</b>	<b>12(46,2)</b>
<b>Erro com potencial de dano ao paciente</b>	<b>ENF*</b>	2(22,2)	2 (22,2)	5(55,6)
	<b>TEC*</b>	1 (11,1)	-	8(88,9)
	<b>MED*</b>	5(62,5)	-	3(37,5)
	<b>Equipe</b>	<b>8(30,7)</b>	<b>2 (7,7)</b>	<b>16(61,6)</b>

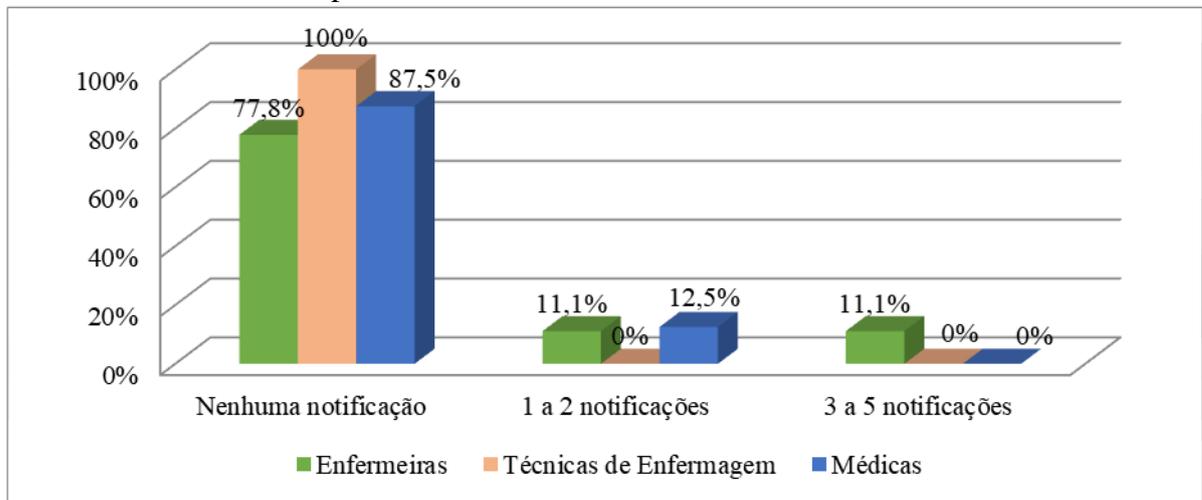
Legenda: (\*) ENF=Enfermeira(o); TEC = Técnica(o) de Enfermagem; MED = Médica (o).

Fonte: A autora, 2018.

Mais da metade (55,6%) das técnicas de enfermagem respondeu que o erro é sempre ou quase sempre relatado antes de afetar a mulher e quando não há risco de dano ou tem algum potencial, assim como a maioria (62,5%) das médicas referiu que o erro é raramente ou nunca notificado nessas situações. As enfermeiras se mantiveram divididas nessas duas primeiras assertivas, com 33,3% de respostas em cada item, diferindo apenas quanto à frequência de relato nas situações em que o erro tem potencial de dano à mulher, indicando que quase sempre ou sempre (55,6%) há notificação do erro.

Contudo, ao serem questionadas sobre o quantitativo de eventos adversos notificados nos últimos doze meses, a totalidade das técnicas de enfermagem e a maioria das enfermeiras e médicas responderam que não realizaram notificações nesse período, conforme mostra o Gráfico 1 a seguir:

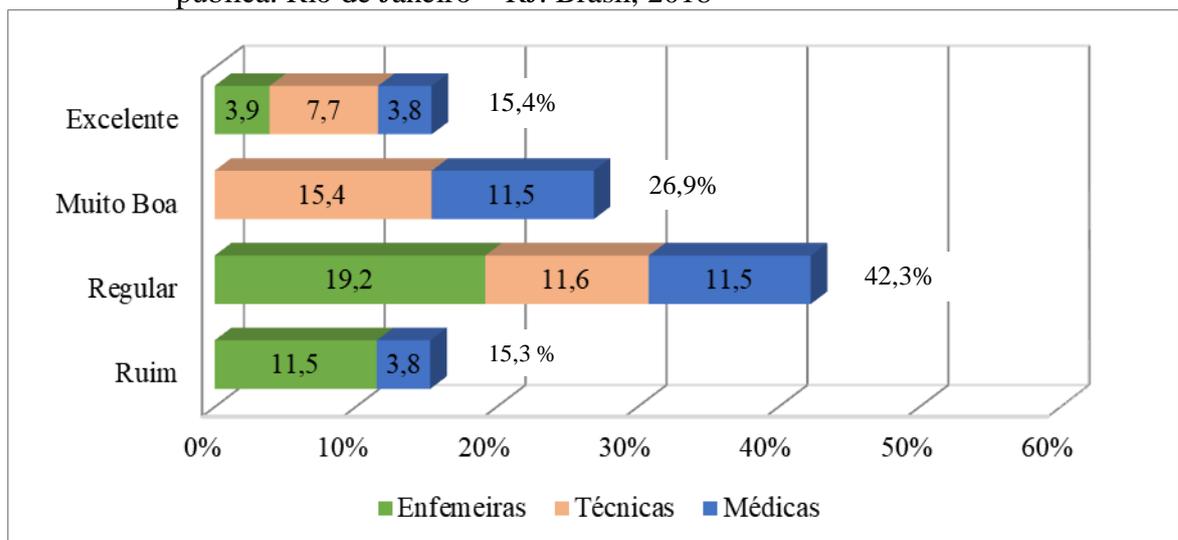
Gráfico 1 – Distribuição da frequência das notificações dos eventos adversos nos últimos 12 meses pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicas de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



Fonte: A autora, 2018.

Em relação às notas atribuídas pelas participantes da pesquisa para a segurança do paciente no centro obstétrico, a maior parte (11,42,3%) das respondentes considerou-a regular, com predomínio de 19,6% das enfermeiras. Porém, entre as técnicas de enfermagem, a maior parte (15,4%) classificou-a como muito boa. As médicas ficaram divididas entre a avaliação muito boa e regular, ambas com frequência de 11,5%. Os extremos de notas, excelente e ruim, ficaram tecnicamente empatados com os menores percentuais.

Gráfico 2 – Frequência das notas atribuídas à segurança do paciente no centro obstétrico pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicas de uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



Fonte: A autora, 2018.

### 3.2 Fase qualitativa

Nessa fase do estudo misto foram entrevistadas 12 profissionais de saúde, sendo 11 do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à categoria profissional, cinco são enfermeiras obstetras, três técnicas de enfermagem, duas médicas obstetras e duas médicas pediatras. Em relação à faixa etária, três participantes se encontram na faixa de 18 a 27 anos, quatro na faixa de 28 a 37 anos, duas na faixa de 38 a 47 anos, e três entrevistadas não informaram a idade.

No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, 10 entrevistadas trabalham na maternidade na faixa de 1 a 5 anos e duas trabalham há 6 anos (16,7%). Em relação ao grau de instrução, oito participantes referiram possuir pós-graduação em nível de especialização, duas relataram ter ensino superior completo e duas têm ensino médio completo. Todas as profissionais possuem contato direto com as pacientes.

A análise de conteúdo temática originou duas categorias: Percepções da equipe sobre assistência obstétrica segura, e Fatores que interferem na cultura de segurança na ótica da equipe, com as suas subcategorias correspondentes, que estão descritas no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 – Quadro síntese das categorias e subcategorias do estudo segundo as frequências absolutas e relativas das Unidades de Registro (UR)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Total de UR n (%)	
<b>Percepções da equipe sobre assistência obstétrica segura.</b>	Prevenção de incidentes	92 (64,8)	142 (100)
	Cuidados técnicos adequados	50 (35,2)	
<b>Fatores que interferem na cultura de segurança na ótica da equipe.</b>	Desconhecimento sobre ações de segurança	84 (47,7)	176 (100)
	Deficiência na uniformidade de condutas	47 (26,7)	
	Quantitativo de pessoal limitado frente à demanda assistencial	45 (25,6)	

Fonte: A autora, 2018.

### 3.2.1 As percepções da equipe sobre a assistência obstétrica segura

Nesta categoria são identificadas as percepções da equipe obstétrica acerca da assistência segura no parto. A **prevenção de incidentes** foi a concepção de assistência segura mais mencionada pelas participantes, que destacaram a identificação da mulher e do bebê e a prevenção de quedas como as medidas preventivas da ocorrência de erros decorrentes da assistência prestada. Tais concepções podem ser observadas nos seguintes trechos dos depoimentos:

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).

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

Primeiramente, a identificação. É o nome certo, entendeu?! Às vezes, tem pacientes com o mesmo nome, aí a gente tem que colocar o nome, sobrenome e a data de nascimento. Quando for aplicar alguma medicação, tem que ver a prescrição três vezes, para ver se está dando a medicação certa (Técnica de enfermagem E3).

Fazer a identificação, confirmação de dados de prontuário, com ela [mãe] e com a identificação o bebê, tem que ser a mesma, para que não haja troca. E também é isso, cuidado com troca, com nome de paciente, por que às vezes é igual (Enfermeira E9).

Além disso, as entrevistadas definiram segurança do paciente como a realização de **cuidados técnicos adequados**, conforme pode ser visto abaixo:

Assistência segura é uma assistência adequada, que segue os protocolos da casa [própria maternidade] que, basicamente, são os protocolos de quase todas as maternidades públicas. A gente [profissionais] segue os consensos nacionais e internacionais, orienta as pacientes para a internação com 41 semanas, porque a gestação vai até 42 [semanas]. Então, [...] dá tempo de fazer a cardiotocografia, uma ultrassonografia para avaliar o líquido amniótico. E se está tudo bem, começa-se a indução [do trabalho de parto] (Médica E10).

Uma assistência que é voltada para a qualidade da assistência, na qual o profissional tem como base as evidências científicas, as boas práticas, um cuidado de acordo com a literatura atual, centrado na atenção à paciente e na vigilância (Técnica de Enfermagem E7).

### 3.2.2 Fatores que interferem na cultura de segurança na ótica da equipe

Essa categoria abarca as percepções das profissionais acerca dos fatores culturais da atenção obstétrica hospitalar que repercutem na assistência prestada.

Nessa perspectiva, apesar de as profissionais da equipe manifestarem suas concepções de segurança do paciente focalizadas na prevenção de incidentes e nos cuidados técnicos adequados, elas também expressaram **desconhecimento sobre ações de segurança** no serviço, como pode ser visualizado nos trechos dos depoimentos abaixo:

Assistência segura... Eh... Deixa eu pensar... Não sei... Seria... O que me vem em mente [...] é ter liberdade de intervir, quando for necessário, e sem ter que explicar para quem tiver na equipe (Médico E11).

Auxiliar a equipe médica e os enfermeiros obstétricos durante o trabalho de parto. Observar se tem alguma intercorrência, também ajudamos a equipe a observar. A mãe... A gente faz a limpeza, faz a higiene dela, orienta sobre a amamentação, sobre os cuidados com o recém-nascido (Técnica de enfermagem E1).

A segurança aqui é... Tipo... Ficar olhando ela [paciente] no momento do trabalho de parto, batimento do bebê (Médica E5).

Segurança do paciente, na verdade, aqui no CPN [Centro de Parto Normal], eu não consigo pensar. [...] Eu nunca vi nenhuma situação de relacionada à segurança do paciente. Mas eu vi algumas situações, assim, de deixar o bebê cair. Às vezes [a mãe] fica com ele [bebê] na cama, e dorme. Aí, deixa o bebê cair da cama. Isso que eu já vi, mas aqui no CPN, eu não vivenciei nenhuma situação dessas (Enfermeira E2).

Não conheço o Núcleo Segurança do Paciente. Eu só ouço falar [do Núcleo] quando tem votação (Enfermeira E8).

Deve ter aqui, mas nunca ouvi falar do Núcleo Segurança do Paciente. Não conheço. Mas eu acho que tem sim (Médica E5).

Nem sei o que significa Núcleo de Segurança do Paciente (Médica E10).

Eu desconheço o Núcleo de Segurança do Paciente. Então, eu não sei como e o que eles estão preconizando. Acho que deveria ter uma divulgação maior (Técnica de Enfermagem E7).

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

Ademais, observou-se que há uma **deficiência na uniformidade de condutas** entre as profissionais da equipe, como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

Aqui tem protocolo sim, tem o POP, um livro com os Procedimentos Operacionais Padrão, tem tudo direitinho. A gente segue [o POP], mas é claro que... Assim, cada plantão varia um pouco. Tem enfermeira obstetra que gosta de seguir outra linha (Enfermeira E2).

Eu lembro que eu estudei isso [segurança do paciente] na graduação, porque aqui na maternidade não seguimos nenhum protocolo de segurança, pelo menos não que eu me lembre. [...] Ainda carece a visão da equipe [sobre a segurança]. Eu acho que depende muito dos plantões também. Dependendo de cada plantão (Técnica de enfermagem E7).

É meio relativo. Tem uns que pensam na segurança e tem outros que já fazem mesmo no automático. A gente já faz tudo no automático. Eu não presto muita atenção nessas coisas de segurança. Já são tantos anos aqui [na maternidade] que já faço tudo no automático, e não tenho tempo para fazer tudo (Técnica de enfermagem E3).

Cada um faz aquilo que acha certo. A gente perde um pouco do controle e acaba que você não consegue ver aonde o erro aconteceu, porque é uma cadeia mesmo (Enfermeira E9).

Você tem que ir se atualizando e nem sempre a instituição te proporciona essa atualização [...]. Aqui foi discutido só aquele [protocolo] de Hemorragia. Eu estou aqui há dois anos [...] e, desde então, o único treinamento que teve até hoje foi sobre hemorragia pós-parto (Enfermeira E8).

Por fim, mas não menos importante, o **quantitativo de pessoal limitado frente à demanda assistencial** foi considerado como um fator interveniente na cultura de segurança prestada para as participantes, como expressam as seguintes falas abaixo:

Eu acho que deixam mais propensos ao erro: a falta de profissional no setor, a grande demanda e um número de funcionários reduzidos. Isso ajuda a ter falhas (Enfermeira E8).

Tem pouco funcionário, mas, quando dá, fazemos o melhor. Acho que tem que ter mais funcionários. Porque, aqui tem muita demanda. Tem dia que a gente não consegue nem parar (Técnica de Enfermagem E3).

Quando um médico está de férias, a empresa não faz a cobertura de férias. Então, ficamos em quatro médicos de dia e, isso, percebemos nitidamente que atrapalha o nosso serviço. Temos que estar em todos os lugares do

hospital, na admissão, no centro cirúrgico, aqui no CPN [Centro de Parto Normal]. Se tiver uma cirurgia acontecendo, já estão duas [médicas] lá dentro, se tem dois trabalhos de parto aqui, tem que estar uma [médica] em cada sala. Chamou na admissão, e se só tem quatro médicos, a admissão vai ficar lá esperando. Se for uma emergência, vai ficar lá esperando, porque não tem médico suficiente (Médica E10).

## 4 DISCUSSÃO

A humanização da assistência tem um papel importante na busca por uma cultura de segurança na assistência obstétrica, pois está fundamentada no cuidado integral e em seus aspectos humanos e emocionais, além de estimular práticas baseadas em evidências e protocolos, a fim de reduzir as intervenções desnecessárias e a variabilidade de condutas que trazem riscos à mulher e a seu filho.

Tais fundamentos, quando adotados pela instituição, são promotores de mudanças na cultura organizacional. Pois, para a instituição adotar um novo paradigma assistencial, é importante desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar os processos de trabalho e, assim, reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Os profissionais atuantes nessas organizações de saúde são os principais agentes transformadores da cultura organizacional, e para isso precisam apreender esses novos valores, comportamentos e atitudes de humanização e segurança, desse modo, com o passar do tempo e a aquisição de experiências no ambiente de trabalho, irão compartilhar prioritariamente a cultura de segurança do paciente (TOMAZONI et al., 2015).

O cenário do presente estudo é uma maternidade considerada humanizada. Entretanto, a cultura de segurança obstétrica foi avaliada como fragilizada, segundo ótica das participantes, que identificaram que existem problemas na instituição referentes ao quadro limitado de recursos humanos, comunicação, supervisão, e a deficiente percepção geral de segurança do paciente.

Esse achado também foi encontrado num estudo realizado no centro cirúrgico de um hospital da Região Sul do Brasil, o qual revelou fragilidade em todas as dimensões da cultura de segurança avaliadas, principalmente em relação ao clima de segurança (CORREGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Porém, essa não é uma realidade exclusiva do Brasil, pois em maternidades localizadas nos países centrais e que já sofreram intervenções em prol da melhoria da segurança do paciente ainda é possível observar fragilidades na cultura de segurança, tal como foi identificado no estudo realizado numa maternidade inglesa. Foi possível perceber que a alta carga de trabalho e os níveis de pessoal insuficientes são importantes observações negativas na pesquisa e que contribuíram para fragilidades na cultura de segurança (SIASSAKOS et al., 2011).

Em relação à promoção de cuidados mais seguros e de alta qualidade para mulheres e bebês, Simpson (2011) aponta que são indispensáveis: participação interdisciplinar da equipe, suporte administrativo, planejamento cuidadoso e abordagens múltiplas.

Ademais, considera-se que o trabalho em equipe deve ser uma prática interprofissional, colaborativa e articulada, em que os profissionais de diferentes áreas devem colaborar entre si para prestar uma assistência centrada no paciente (SOUZA et al., 2016).

Nesse sentido, as médicas participantes da pesquisa concordaram que há um apoio recíproco no ambiente de trabalho e, juntamente com as técnicas de enfermagem, concordaram que as pessoas se tratam com respeito. Entretanto, as respostas das enfermeiras e técnicas para o apoio mútuo ficaram na faixa de neutralidade.

Nessa perspectiva, a justificativa para o apoio mútuo ter ficado na faixa de neutralidade pode estar pautada na usual divisão técnica do trabalho em enfermagem, que contrasta com a perspectiva de trabalho coletivo, integrado e colaborativo indicado por Souza et al. (2016), que, em seu estudo sobre o trabalho em equipe, mostrou que a equipe de enfermagem é pouco articulada na tomada de decisões e condutas de cuidado do paciente.

Cabe destacar que, para Simms et al. (2014), o trabalho em conjunto, através de relações interdisciplinares, respeito mútuo e inclusão de todos os membros hierárquicos e a comunicação eficaz, quando está focado no objetivo comum de prestação de cuidados seguros para as mães e bebês, é a base para uma cultura de segurança confiável.

Entretanto, em relação à carga de trabalho, os enfermeiros concordaram que estão trabalhando em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido. Além disso, os técnicos de enfermagem discordaram que há pessoal suficiente para dar conta dessa carga de trabalho. Esses achados também ficaram evidentes nas falas das depoentes, as quais apontaram problemas na estrutura organizacional em relação à insuficiência de recursos humanos. Porém, quando foram questionadas acerca do comprometimento da segurança do paciente em decorrência da maior quantidade de trabalho a ser concluída, todas as respondentes ficaram neutras.

Neste sentido, como é sabido, a fadiga excessiva no trabalho, rotina, realização de horas extras, turno de trabalho longo, com mais de oito horas, sobrecarga de trabalho, falta crônica de pessoal, rotatividade de funcionários, são fatores que comprometem a segurança do paciente e configuram as fontes mais comuns de erro humano (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b). Ademais, Robazzi et al. (2012) verificaram, por meio de um estudo, que o excesso de trabalho entre os profissionais da saúde pode facilitar a ocorrência de acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral.

Esse quadro laboral de sobrecarga de trabalho é uma das consequências da constante diminuição do percentual dos recursos públicos financeiros para o setor da saúde. Assim, o agravamento da crise econômica e a ameaça de crise social, nos últimos anos, reforçam um cenário pessimista de racionamento de recursos para adequação e modernização da rede pública, e contratação de recursos humanos para atender às novas demandas que surgiram em decorrência da migração de segurados do setor privado para o público, resultante do desemprego no país (PAIM, 2016).

Entretanto, é importante destacar que a sobrecarga de trabalho decorrente do financiamento restrito da saúde para contratação de funcionários não é uma peculiaridade nacional. Pois, num estudo realizado no Reino Unido, que avaliou o impacto de um treinamento multiprofissional de segurança e clima de trabalho, também constataram essa realidade, e foi possível observar que a atitude de segurança da instituição se deteriorou devido aos níveis inadequados de pessoal, reflexo da restrição financeira enfrentada pelo Serviço Nacional de Saúde do referido país (VAN DER NELSON et al., 2014).

Em relação à gestão de segurança do paciente e à organização do trabalho, as participantes do estudo apontaram, em suas falas, que há problemas nesses aspectos e que, juntos, prejudicam a cultura de segurança. Porém, na fase quantitativa, as profissionais se mantiveram neutras em referência aos problemas, procedimentos e adequação dos sistemas disponibilizados pela instituição para prevenir a ocorrência de erros.

Esses achados também foram identificados num estudo sobre a cultura de segurança entre os profissionais de centro cirúrgico ginecológico e obstétrico de um hospital de ensino em Curitiba, no qual foi verificado que a maior fragilidade está na gerência do serviço, segundo os profissionais deste setor, sendo a gestão de segurança avaliada com os menores escores entre os participantes (CAUDURO et al., 2015).

A abordagem do erro com foco no sistema considera que a supervisão insegura é um tipo de falha latente, que fica adormecida dentro do sistema e está relacionada com influências organizacionais e pré-condições para atos inseguros (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, ainda que as técnicas de enfermagem tenham concordado que as ações da chefia ou direção da instituição demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal, as enfermeiras e médicas não manifestaram concordância nem discordância. Porém, as três categorias profissionais mostraram neutralidade em relação à direção propiciar um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e apresentar interesse na segurança somente quando ocorre algum evento adverso.

Num estudo similar realizado numa instituição hospitalar paulista, a autora identificou que os participantes apresentaram equilíbrio no item referente à administração do hospital, que parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso, com 42,3% das respostas concordantes e 40,7% discordantes para esse item (BATALHA, 2012).

Esse conflito de respostas pode denotar uma fragilidade da cultura de segurança em relação aos gerentes da maternidade e a necessidade de uma intervenção na instituição para o fortalecimento dessa cultura entre os profissionais do centro obstétrico do hospital, principalmente com apoio administrativo. Isto porque as principais responsabilidades dos administradores incluem o fornecimento de ambientes seguros, comunicação eficaz, ajuda aos funcionários para resolução de discordâncias de maneira respeitosa e aberta, além de suprimento dos recursos necessários, garantia de uma avaliação frequente e contínua da cultura, seleção de intervenções para corrigir as falhas, *feedback* aos membros da equipe sobre as necessidades de melhoria e o progresso em direção aos objetivos de segurança e qualidade (LYNDON et al., 2015).

Além disso, o gerenciamento das equipes é um tipo de abordagem que visa a melhorar a comunicação e a coordenação dos membros da equipe de cuidados de saúde, mas é importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, não somente por meio de análises dos dados da própria instituição de saúde, mas também por pesquisas de outras áreas que têm se desenvolvido e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, é necessária uma liderança forte e comprometida nos serviços de obstetrícia e ginecologia para oportunizar à instituição e aos seus profissionais um ambiente adequado ao trabalho, seja através do provimento de recursos materiais e humanos, qualificação de seus trabalhadores ou compreensão das lacunas existentes que implicam a redução na qualidade do cuidado. Ademais, esforços voltados para otimizar a comunicação e a colaboração entre vários membros da equipe de cuidado em saúde são igualmente importantes para a promoção desses princípios de segurança do paciente (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICANS AND GYNECOLOGISTS, 2009).

Dessa forma, é importante destacar que os erros assistenciais devem ser discutidos para a redução gradativa de eventos adversos. O *feedback* e o laço de confiança entre membros da equipe são importantes na cultura de segurança, pois os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores,

que devem demonstrar disponibilidade para aprender e não coibir os indivíduos por suas ações (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

No estudo, as participantes consentiram que há liberdade para falar ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. Porém, todas as profissionais ficaram neutras com relação a se sentirem à vontade para questionar as decisões de seus superiores e em relação à preocupação do registro de seus erros nas fichas funcionais. Somente as médicas concordaram que seus erros podem ser usados contra elas mesmas, pois enfermeiras e técnicas ficaram neutras.

Apesar disso, as enfermeiras concordaram que parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema, ao passo que as médicas e técnicas avaliaram esse item como neutro. Por último, as enfermeiras e médicas se mantiveram na neutralidade no item que dispõe que erros mais graves não acontecem devido ao acaso. Apenas as técnicas de enfermagem discordaram dessa afirmativa.

Essa expressiva neutralidade das profissionais, em relação à visão geral da segurança do paciente na unidade e ao relato e registro da ocorrência do erro, pode denotar sentimento de medo frente à cultura punitiva predominante no serviço, ou reflexo do desconhecimento e despreparo da equipe para reconhecer o erro. Do mesmo modo, as respostas das enfermeiras e médicas acerca do erro que recai sobre o profissional também é um indicativo dessa cultura punitiva enraizada nos profissionais de saúde.

A cultura punitiva responsabiliza o funcionário sem avaliar os fatores multicausais e multiprofissionais envolvidos naquele incidente. Cabe destacar que a maioria dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, como um produto do descuido do profissional. Nessa abordagem, a resolução de um erro é através da nomeação, culpabilização, estimulando o sentimento de vergonha no profissional de saúde. Entretanto, os fatores que contribuem para os erros podem ser humanos, associados ao ambiente de trabalho, fatores externos e associados ao paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Além disso, o medo resultante da cultura punitiva também é um reflexo das relações de trabalho adotadas nessas instituições, considerando-se as novas modalidades de vinculação dos recursos humanos, a qual é realizada por meio de contratos temporários que não garantem proteção social e estabilidade no serviço público, e a diminuição dos direitos trabalhistas. Isso é consequência do modelo flexível de gestão de serviços e recursos humanos nas instituições de saúde, que atualmente é exercida por meio das OSS (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Esses achados se assemelham aos encontrados no estudo quantitativo realizado por Tomazoni et al. (2015), com 141 profissionais das equipes de enfermagem e médica de quatro hospitais públicos, para analisar a cultura de segurança do paciente. Nessa pesquisa foi possível identificar como área crítica a concordância de 90% dos profissionais acerca da exposição do funcionário quando um evento é notificado, e não o problema. Além disso, 60% da equipe consideram que seus erros, enganos ou falhas podem voltar-se contra eles.

Num estudo realizado com 185 trabalhadores de dois centros cirúrgicos de um hospital de ensino do Sul do Brasil, a metade dos respondentes (51,5%) concordou que existe dificuldade para falar sobre erros nas unidades estudadas, mas 73,3% recebem estímulo para informar situações que comprometam a segurança do paciente. Ademais, o percentual de trabalhadores que afirmaram ser difícil discutir sobre erros foi de 51,2% (CAUDURO, 2013).

Nesta pesquisa, a fala de uma técnica de enfermagem entrevistada aponta claramente o desconhecimento da existência do NSP na maternidade, mesmo assim, sua resposta inicial foi de que o conhecia. Isso pode indicar uma atitude de medo de externar de forma clara seu desconhecimento das ações de segurança em face da possibilidade de sofrer sanções por parte de suas chefias, uma vez que estas trabalhadoras são as que estão num estrato hierárquico mais baixo na instituição em comparação aos profissionais de nível superior, mesmo em um contexto de relações trabalhistas semelhantes, pois todos são celetistas.

Cabe destacar que, nos contextos de saúde, há múltiplas barreiras para as enfermeiras e técnicas de enfermagem colocarem suas preocupações e lutarem em defesa da segurança e dos direitos de saúde dos pacientes. Isso se deve, sobretudo, à posição subordinada na instituição e à falta de apoio administrativo em unidades com sistema de hierarquia opressiva, medo de perda do emprego, correção disciplinar e assédio. Portanto, é provável que a enfermagem experimente conflitos significativos de papéis na execução de ações de segurança, em função do conflito pessoal entre sua autoproteção *versus* a defesa do paciente (LYNDON; KENNEDY, 2010).

No que tange à frequência de relato e notificação do erro, 55,6% das técnicas responderam nos questionários que o erro é sempre relatado. Contudo, todas afirmaram que não realizaram notificações de eventos adversos nos últimos 12 meses, assim como 77,8% das enfermeiras. Nas entrevistas, uma depoente expressou verbalmente que não conhece a segurança do paciente, mas já presenciou situação de queda de bebê do leito materno.

Essas falas contraditórias das profissionais, aliadas com as pouquíssimas notificações de eventos adversos relatados no último ano, sugerem que há pouca atuação do NSP, subnotificação, e/ou dificuldade na identificação desses eventos adversos. Isso pode ser

justificado através das falas das depoentes na fase qualitativa, pois relataram desconhecimento da atuação do NSP e das ações de segurança do paciente. Enquanto que, na etapa quantitativa, as participantes apontaram pouca abertura para comunicação dos erros, o que também pode ser mais um indicativo do medo em relatar os eventos adversos.

Esses achados ressaltam a necessidade de a instituição avançar no aspecto da cultura e gestão de segurança, bem como na atuação do NSP, a fim de que as ferramentas de notificação e avaliação das situações potenciais de risco para o paciente possam ser implementadas e ter êxito na melhoria da segurança da assistência obstétrica. Pois, como foi revelado no conteúdo das entrevistas, as profissionais desconhecem a existência e as atribuições do NSP na instituição, sendo este um importante pré-requisito para uma cultura de segurança forte, marcada pela atuação nos sistemas de notificação de erros e eventos adversos, bem como na prevenção desses agravos e estratégias de promoção da segurança do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Além disso, quanto à frequência de relato dos erros na assistência, as enfermeiras relataram que às vezes e as médicas referiram que raramente o fazem, enquanto que a maioria das técnicas de enfermagem respondeu que o erro é sempre relatado, o que revela mais uma vez uma diferença de resposta entre o grupo de profissionais do nível técnico e superior. Contudo, ao serem questionadas sobre quantas vezes fizeram notificações no último ano, o percentual daquelas que nunca o fizeram nos últimos 12 meses foi elevado. Isso também foi verificado num estudo realizado em dois hospitais brasileiros que incluiu 322 respondentes, representando 78% dos profissionais de saúde em geral que não realizaram notificações de erros no período de um ano (REIS, 2013).

É importante salientar que reconhecer e relatar os eventos adversos que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde adotam medidas preventivas para minimizar ou eliminar a sua ocorrência e, ainda, acompanham o desenvolvimento das ações implementadas para a melhoria da prática em saúde (CARNEIRO et al., 2011).

Entretanto, o estudo com 70 enfermeiros da área de terapia intensiva encontrou 115 motivos para a subnotificação dos eventos adversos. Os mais frequentes foram a sobrecarga de trabalho (25%); esquecimento (23%); desvalorização dos eventos adversos (20%); sentimentos de medo (16%) e vergonha (11%) (CLARO et al., 2011).

Com relação à avaliação das profissionais sobre a segurança do paciente no centro obstétrico, verificou-se que a maior parte das profissionais considerou a segurança do paciente frágil, o que confirma o resultado de elevado percentual de não notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses. Essa percepção das profissionais da fragilidade na cultura de

segurança também foi encontrada em estudo com 128 profissionais de enfermagem de um hospital de uma capital da região Nordeste, sendo a segurança do paciente avaliada como regular (47,9%), ruim (10,3%) e muito ruim (12%) (SILVA, 2016).

Tal comportamento pode ser consequência da cultura de punição que cerca a ocorrência de erros no sistema de saúde e pelo fato de a divulgação das ações de segurança do paciente ser mais recente no Brasil em comparação aos países desenvolvidos, com sistemas de saúde mais organizados e sem tantos problemas relacionados com a subnotificação de eventos.

A notificação dos eventos adversos deve ser estimulada na instituição, bem como sua análise, pois essas medidas fornecem subsídios aos gestores para o planejamento de estratégias que visem a aumentar a segurança e a qualidade da assistência prestada, permitindo a correção e a prevenção de erros durante o cuidado assistencial, bem como a definição de prioridades e políticas para nortear intervenções nos serviços. Assim, gradativamente, a organização irá desenvolver uma forte cultura de segurança (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Em relação à visão geral das profissionais de enfermagem e médicas acerca da segurança do paciente, elas apontaram que a segurança é a prevenção de incidentes. Esse achado tem correspondência com os aspectos essenciais da qualidade técnico-científica descritos nos Protocolos de Segurança do Paciente publicados pela ANVISA e Ministério da Saúde. Pois, como é sabido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009) define a segurança do paciente como a prevenção de erros e eventos adversos para os pacientes associados aos cuidados de saúde.

A principal ação de segurança do paciente mais frequentemente relatada nesta subcategoria foi a identificação da mulher e do bebê, seguida da prevenção de quedas. Esses achados corroboram a primeira e a sexta Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS, que preconizam identificar corretamente e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes da assistência prestada. Porém, além dessas metas, há ainda mais quatro que, juntas, configuram as seis medidas básicas necessárias para a unidade de saúde atingir um nível mais elevado de qualidade e segurança na assistência prestada, como melhorar a comunicação efetiva (segunda meta); melhorar a segurança de medicamentos (terceira meta); assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto (quarta meta); e reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (quinta meta) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Para as participantes, a assistência segura também envolve prestar cuidados técnicos adequados, que são aqueles embasados nos protocolos, recomendações e evidências científicas. Tal perspectiva tem referência com o atributo da efetividade, que é a prestação de serviços baseados no conhecimento científico. A segurança e a efetividade integram as seis dimensões da qualidade dos serviços de saúde elaboradas pela ANVISA a partir das publicações do *Institute of Medicine* (IOM) e da OMS sobre os indicadores da qualidade (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Dessa forma, a segurança tem interseções com quase todas as demais dimensões da qualidade, pois um cuidado inadequado ou sem conformidade com os padrões pode causar insegurança. Nesse sentido, segundo Burke, Grobman e Miller (2013), a padronização do processo através do desenvolvimento do protocolo e treinamento em equipe é parte integrante da realização de um ambiente de trabalho seguro.

Por fim, em relação aos fatores que interferem no cuidado, além do baixo quantitativo de pessoal, conforme descrito anteriormente, as depoentes apontaram que a deficiência na uniformidade de condutas dificulta a realização de um cuidado seguro. Esse achado está em alinhamento com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.

Há uma grande diversidade de práticas clínicas nos diversos ambientes de atenção e, frequentemente, também ocorre uma grande variedade de condutas aplicáveis a situações semelhantes. Esta variedade de práticas pode colocar em risco a segurança das parturientes e seus filhos ou filhas já que, em muitos casos, não devem estar recebendo a assistência mais adequada às suas necessidades e de acordo com as melhores evidências derivadas de estudos científicos bem desenhados (BRASIL, 2017a).

O uso de protocolos, guias, listas de verificação e resoluções, prescrições computadorizadas, medição dos resultados adversos intraparto são práticas de padronização que ajudam a orientar procedimentos críticos, e estão se tornando cada vez mais importantes na prática assistencial devido à sua efetividade para a promoção de melhorias na qualidade e resultado obstétrico (PETTKER, 2011).

Desse modo, ficou evidente que as participantes possuem um conhecimento mínimo acerca da segurança da mulher e seu filho, ao relatarem que a segurança está associada à prevenção de incidentes e cuidados técnicos adequados. Porém, a cultura de segurança positiva é um indicador estrutural básico e facilitador de iniciativas para a redução dos riscos de incidentes e dos eventos adversos nos serviços de saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2013). E, para alcançá-la, é importante que haja trabalho em

equipe, comunicação eficaz, liderança forte, responsabilidade compartilhada, aprimoramento de práticas seguras e padronizadas, bem como ter um NSP atuante nas estratégias de promoção dessa cultura de segurança.

## CONCLUSÃO

A pesquisa atingiu os objetivos à medida que foi possível descrever a avaliação da cultura de segurança da mulher e do seu filho na assistência ao parto hospitalar, conhecer as percepções da equipe de enfermagem e médicas sobre a segurança dessa assistência e identificar os fatores envolvidos na cultura de segurança segundo essa equipe de profissionais.

O estudo misto revelou que há fragilidades na cultura de segurança da mulher e do seu filho no parto hospitalar. Em relação à avaliação da cultura de segurança, nenhuma das dimensões atingiu o percentual de 75% de respostas positivas entre a equipe obstétrica, tanto nas respostas das enfermeiras como das médicas. Entre as técnicas de enfermagem, a única resposta classificada na área de força foi sobre o relato de incidentes.

Na fase qualitativa, as entrevistas revelaram que as técnicas associam a segurança com a prevenção de incidentes relacionados com a identificação correta da mãe e do bebê e a prevenção de quedas, denotando que a maternidade tem investido nessas duas metas. Além disso, as profissionais da equipe consideram que seguir os protocolos nacionais, da rede municipal de saúde, da instituição e as evidências científicas é necessário para a assistência segura, o que expressa uma visão ainda incipiente sobre as questões, medidas e ferramentas que envolvem a segurança do paciente.

Tal achado se confirmou na segunda categoria do estudo, pois as falas das profissionais indicaram o seu desconhecimento acerca das ações de segurança na maternidade, inclusive da existência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) presente na instituição. Ademais, mostraram que a equipe não apresenta condutas uniformes, sugerindo que nem todos seguem as recomendações dos protocolos mencionados, e que o número de profissionais de saúde é insuficiente para a demanda de atendimentos, o que predispõe a erros durante a assistência prestada.

O estudo apresenta limitações por ter sido desenvolvido em apenas uma maternidade municipal, e em razão da escolha de amostragem por conveniência, pois não possibilitam generalizações dos resultados. Nesse sentido, são necessárias novas pesquisas em outros cenários e contextos a fim de verificar e complementar os resultados deste estudo. Ademais, houve dificuldades para a coleta dos dados na instituição devido à pouca disponibilidade, abertura e interesse dos profissionais em participar da pesquisa, principalmente por parte da equipe médica.

Uma cultura de segurança positiva favorece a promoção de um ambiente seguro, comunicação e liderança eficazes, trabalho em equipe e responsabilidade compartilhada, aprimoramento de práticas seguras e padronizadas. Desse modo, os achados do estudo sugerem que há um longo caminho para a construção de uma cultura positiva de segurança da mulher, na maternidade pesquisada.

Mas, é importante destacar que, em face da importância da segurança do paciente na qualidade da assistência e do desafiador cenário político-econômico de restrições financeiras no qual as instituições públicas de saúde estão envolvidas, os avanços a fim de consolidar uma cultura de segurança dependem, sobretudo, da efetiva mobilização dos profissionais e gestores das organizações de saúde.

Por fim, apesar dos resultados da pesquisa não serem generalizáveis, o presente estudo pode subsidiar outros hospitais-maternidade a estabelecerem capacitações de suas equipes e medidas para avançarem na criação de uma cultura de segurança, com o objetivo de reduzir os problemas existentes na assistência obstétrica, favorecendo a melhoria dos indicadores de saúde materna e perinatal.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: ANVISA, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36**, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: ANVISA, 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 26 jul. 2013a.

\_\_\_\_\_. **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília, DF: ANVISA, 2014. (Série Tecnologia em Serviços de Saúde).

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital survey on patient safety culture**: user's guide. AHRQ Publication No. 18-0036-EF. Rockville, 2018. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>>. Acesso em: 06 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **National Healthcare Quality Report**. Rockville, 2013. Disponível em: <<https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/2013nhqr.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **TeamSTEPPS 2.0**: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Rockville, 2012. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pocketguide.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Patient safety in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 447. **Obstet. Gynecol.**, Caracas, v. 114, n. 6, p. 1424–1427, Dec. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BEHRUZI, R. et al. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. **MC Pregnancy Childbirth**, [s. l.], v. 205, n. 13, p. 2-10, 2013.

BOLETIM DO INSTITUTO DE PRÁTICAS SEGURAS PARA MEDICAMENTOS. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial: listas atualizadas 2015**. v. 4, n. 3. Belo Horizonte, set. 2015. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Universidade Estadual do Ceará. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrj.def>> Acesso em: 22 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 529/ GM/MS, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 02 de abril de 2013. Seção 1, p. 43. 2013b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=02/04/2013>>. Acesso em: 12 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 12 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Conjunto.asp?VCo\\_Unidade=3304557027397](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=3304557027397)>. Acesso em: 11 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012**: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BURKE, C.; GROBMAN, W.; MILLER, D. Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting. **J. Perinata. Neonatal Nurs.**, [s. l.], v. 2, n. 27, p. 113-123, Apr./Jun. 2013.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-11, 2011. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CARVALHO, M. C. et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-53, jul./set. 2013.

CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4 p. 1251-1269, 2015.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CAUDURO, F. L. F. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p.129-133, 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/36645/24859>>. Acesso em: 28. ago. 2015.

CENDÓN, B. V.; RIBEIRO, N. A.; CHAVES, C. J. Pesquisas de survey: análise das reações dos respondentes. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 3, p. 29-48, set./dez. 2014.

CLARO, M. C. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 162-167, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

CORREGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FAUSETT, M. B. et al. How to develop an effective obstetric checklist. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, [s. l.], p. 165-170, Sept. 2011.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213- 219, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Rev. Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./set. 2000.

GARRE, J. M. H.; PÉREZ, P. E.; SANDOVAL, M. J. G. **Nemesis obstétrica ou diminuição do risco?**: a debate bioético a abordagem intervencionista em partos de baixo risco. **Acta Bioethica**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 161-170, 2017.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Comunic., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

LACOMBE, F. J.; HEILBORN, G. L. J. **Administração**: princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 25.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 3 dez. 2018.

- LYNDON, A. et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: a multiorganization blueprint. **J. Midwifery Womens Health.**, [s. l.], v. 60, p. 237–243, 2015.
- LYNDON, A.; KENNEDY, H. P. Perinatal safety: from concept to nursing practice. **J. Perinat. Neonat. Nurs.**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 43–52, 2010.
- MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 441-445, 2015.
- MARKLE, W. H.; FISHER M. A.; SMEGO JUNIOR, R. A. **Compreendendo a saúde global**. 2. ed. New York: Lange Medical Books, 2015.
- MATOS, G. C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE (Online)**, Recife, v. 7, n. esp., p. 870-878, mar. 2013.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes Limitadas, 2011.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.122-129, jan./mar. 2014.
- OLIVEIRA, S. M. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 291-309, 2012.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Genebra, 2015. Disponível em: <[http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)>. Acesso em: 04 out. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA 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 recém-nascidos**. Genebra, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2017.
- \_\_\_\_\_. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Genebra, 2009. 154 p.
- \_\_\_\_\_. **World alliance for patient safety: forward programme**. Genebra, 2005.

PAIM, J. S. **Seguridade social, financiamento e crise do Sistema Único de Saúde (SUS):** Plataforma Política Social: caminhos para o desenvolvimento. [s. l.], fev. 2016. Disponível em: <<https://plataformapoliticassocial.com.br/seguridade-social-financiamento-e-crise-do-sistema-unico-de-saude-sus/>>. Acesso em: 03 set. 2018.

PÉREZ, P. Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. **Rev. Electrónica Educare**, [s. l.], v. 15, n. 1, jan./jun. 2011.

PETTKER, C. M. Standardization of intrapartum management and impact on adverse outcomes. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 8–15, March 2011.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan./fev. 2006.

POHLMANN, F. C. et al. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016.

PROGIANTI, J. M.; PRATA, J. A.; BARBOSA, P. M. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 164-71, mar./abr. 2015.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: Comunic., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-68, 2009.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente:** validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012.

REIS, L. G. C. **Segurança do paciente na atenção ao parto e nascimento.** Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2015.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis – Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011.

RIO DE JANEIRO. **Hospital maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda completa 6 anos com 30 mil partos.** Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 14 maio 2018. p. 33. (Comunicado)

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-32, out./dez. 2012.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional.** 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

SARGES, R. C.; LÓPEZ, L. C. A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. **Vivência: Rev. de Antropologia**, [s. l.], v. 1, n. 48, p. 133-147, 2016.

SIASSAKOS, D. et al. Attitudes toward safety and teamwork in a maternity unit with embedded team training. **American J. Medical Quality**, [s. l.] v. 26, n. 2, p. 132 –137, 2011.

SILVA, A. C. A. B. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SIMMS, R. A. et al. Using data and quality monitoring to enhance maternity outcomes: a qualitative study of risk managers' perspectives. **BMJ Qual. Saf.**, [s. l.], v. 23, p. 457-464, 2014.

SIMPSON, K. R. Perinatal patient safety and quality. **J. Perinat. Neonat. Nurs.**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 103–107, 2011.

SOUZA, G. C. et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 640-647, 2016.

TABET, L. P. et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate (Online)**, [s. l.], v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

THE JOINT COMISSION. **The Joint Commission 2009 requirements related to the provision of culturally competent patient-centered care Hospital Accreditation Program (HAP)**. Illinois, 2009. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2009\\_CLASRelatedStandardsHAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2009_CLASRelatedStandardsHAP.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2017.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2015.

VAN DER NELSON, H. A. et al. Multiprofessional team simulation training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of health care. **American J. Medical Quality**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 78 –82, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc. (Internet)**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

**APÊNDICE A** – Síntese do levantamento bibliográfico

Quadro 4 – Síntese do levantamento bibliográfico sobre a cultura de segurança na assistência obstétrica (continua)

<b>AUTORES</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>TIPO</b>	<b>ANO</b>
ZECH, A. et al.	Evaluation of simparteam: a needs orientated team training format for obstetrics and neonatology	Artigo	2016
PETTKER, C. M.; GROBMAN, W. A.	Obstetric safety and quality	Artigo	2015
LYNDON, A. et al.	Transforming communication and safety culture in intrapartum care: a multiorganization blueprint	Artigo	2015
PETTKER, C. M. et al.	A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments	Artigo	2014
SIMMS, R. A. et al.	Using data and quality monitoring to enhance maternity outcomes: a qualitative study of risk managers' perspectives	Artigo	2014
van der NELSON, H. A. et al.	Multiprofessional team simulation training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of health care	Artigo	2014
KEATS, J. P.	Patient safety in the obstetric and gynecologic office setting	Artigo	2013
RAAB, C. A. et al.	The effect of collaboration on obstetric patient safety in three academic facilities	Artigo	2013
BURKE, C.; GROBMAN, W.; MILLER, D.	Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting	Artigo	2013
BRIAN, W. et al.	Comprehensive perinatal safety initiative to reduce adverse obstetric events	Artigo	2012
FAUSETT, M. B. et al.	How to develop an effective obstetric checklist	Artigo	2011

Quadro 4 – Síntese do levantamento bibliográfico sobre a cultura de segurança na assistência obstétrica (conclusão)

CHIN, G. S. M. et al.	Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover	Artigo	2011
KEARNS, R. J. et al.	The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre	Artigo	2011
SIMPSON, K. R.	Perinatal patient safety and quality	Artigo	2011
SIASSAKOS, D. et al.	Attitudes toward safety and teamwork in a maternity unit with embedded team training	Artigo	2011
PETTKER, C. M.	Standardization of intrapartum management and impact on adverse outcomes	Artigo	2011
SANDALL, J.; MORTON, C.; BICK, D.	Safety in childbirth and three "C"s: community, context and culture	Artigo	2010
	Committee opinion nº 464: patient safety in the surgical environment	Artigo	2010
LYNDON, A.; KENNEDY, H.P.	Perinatal safety: from concept to nursing practice	Artigo	2010
SIMPSON, K. R.	Reconsideration of the costs of convenience: quality, operational, and fiscal strategies to minimize elective labor induction	Artigo	2010
PETTKER, C. M. et al.	Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events	Artigo	2009
MILLER, L. A.	Oxytocin, excessive uterine activity, and patient safety: time for a collaborative approach	Artigo	2009
SCHOLEFIELD, H.	Safety in obstetric critical care	Artigo	2008
LYNDON, A.	Social and environmental conditions creating fluctuating agency for safety in two urban academic birth centers	Artigo	2008
MILNE, J. K., LALONDE A. B.	Patient safety in women's healthcare professional colleges can make a difference.	Artigo	2007

Fonte: A autora, 2018.

**APÊNDICE B** – Instrumento de coleta de dados: qualitativo

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Roteiro de entrevista semiestruturado**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código da Entrevista E\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

- Idade
- Grau de instrução
- Formação profissional (cursos realizados após o curso técnico ou da graduação)
- Cargo ou função que exerce no hospital
- Tempo que trabalha na área da assistência ao parto e nascimento
- Tempo que trabalha no centro obstétrico deste hospital

**ROTEIRO DE PERGUNTAS:**

Seção 1: Nesta parte, pretende-se que o participante fale sobre suas concepções de segurança da assistência obstétrica.

Fale-me sobre sua visão/entendimento sobre:

1. A assistência segura à mulher no parto.
2. A assistência segura ao feto/recém-nascido no parto.
3. Os requisitos necessários para prestar uma assistência segura no momento do parto.
4. As medidas necessárias para prevenir os riscos durante a assistência ao parto.
5. As medidas necessárias para reduzir os danos à parturiente.
6. As medidas necessárias para reduzir os danos ao feto/recém-nascido.
7. Como se deve promover a segurança na assistência ao parto.

Seção 2: Nesta seção, pretende-se que o (a) depoente relate os aspectos da cultura institucional de segurança da assistência no parto.

Com relação à sua atuação no Centro Obstétrico deste hospital, fale-me sobre:

8. Sua visão acerca da assistência ao parto hospitalar.
9. As estratégias adotadas na instituição para promover a segurança da assistência obstétrica.
10. Os fatores influentes na segurança da assistência obstétrica prestada neste hospital.
11. Os eventos adversos mais comuns na assistência ao parto.
12. A atuação do Núcleo de Segurança do Paciente deste hospital para prevenir esses eventos adversos.
13. A assistência dos profissionais de saúde frente à segurança da assistência.
14. Como se dá a prevenção dos riscos à saúde da mulher no parto.
15. Como se dá a prevenção dos riscos à saúde do feto/recém-nascido.
16. O que é necessário para aprimorar a segurança da assistência prestada no serviço.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada (o), você foi selecionada (o) e está sendo convidada (o) para participar da pesquisa **intitulada** “Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos”, realizada pela mestranda Marina Caldas Nicácio, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho Figueiredo Pereira. O **objetivo** geral desse estudo é discutir as concepções dos profissionais de saúde sobre assistência segura à mulher no parto e relacionar com a cultura do cuidado obstétrico hospitalar. Esta pesquisa terá duração de 1 ano.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados e os resultados obtidos nesta pesquisa** serão utilizados para fins de avaliação das características da doença, podendo ser divulgados posteriormente em eventos e revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual está sendo feito seu tratamento.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder um questionário de perguntas e/ou entrevista. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

**Não haverá riscos** de qualquer natureza. Esta pesquisa trará **benefícios** para o campo da saúde do trabalhador e, sobretudo para a enfermagem, no que se refere às práticas de cuidado, na área da assistência a pacientes com distúrbios respiratórios, contribuindo para o campo do ensino, assistência e pesquisa em enfermagem.

Você receberá uma **cópia** deste termo, onde consta o endereço, telefone e o e-mail institucional dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Assinatura do Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Assinatura do Pesquisador Responsável  
(Orientador)

Pesquisadores Responsáveis:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Lenho Figueiredo Pereira e-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

Enf<sup>a</sup> Marina Caldas Nicácio e-mail: maricaldas.uerj@gmail.com

Endereço/Telefone/E-mail institucional dos pesquisadores: Edifício Paulo de Carvalho. Boulevard 28 de Setembro, 127. Vila Isabel. Tel.: 21 2868-8236 E-mail: facen@uerj.br

Comissão de Ética em Pesquisa – SR2. Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. Cep: 20550-900  
Tel.: 21 2334-2180.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Assinatura do Entrevistado

Uma cópia desse documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o entrevistado que aceitou participar. Ele foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**APÊNDICE D** – Carta de autorização para entrada em campo

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2017.

Ilma. Sra. Diretora de Enfermagem e

Ilma. Sra. Presidente do Centro de Estudos do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

Me chamo Marina Caldas Nicácio, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Latu Sensu (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), orientanda da Prof. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, e estou encaminhando o projeto de dissertação, cujo o título é “Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos”.

Esta pesquisa possui como objetivo principal discutir as percepções dos profissionais de enfermagem e médicos sobre assistência segura à mulher no parto e sua relação com a cultura do cuidado obstétrico hospitalar.

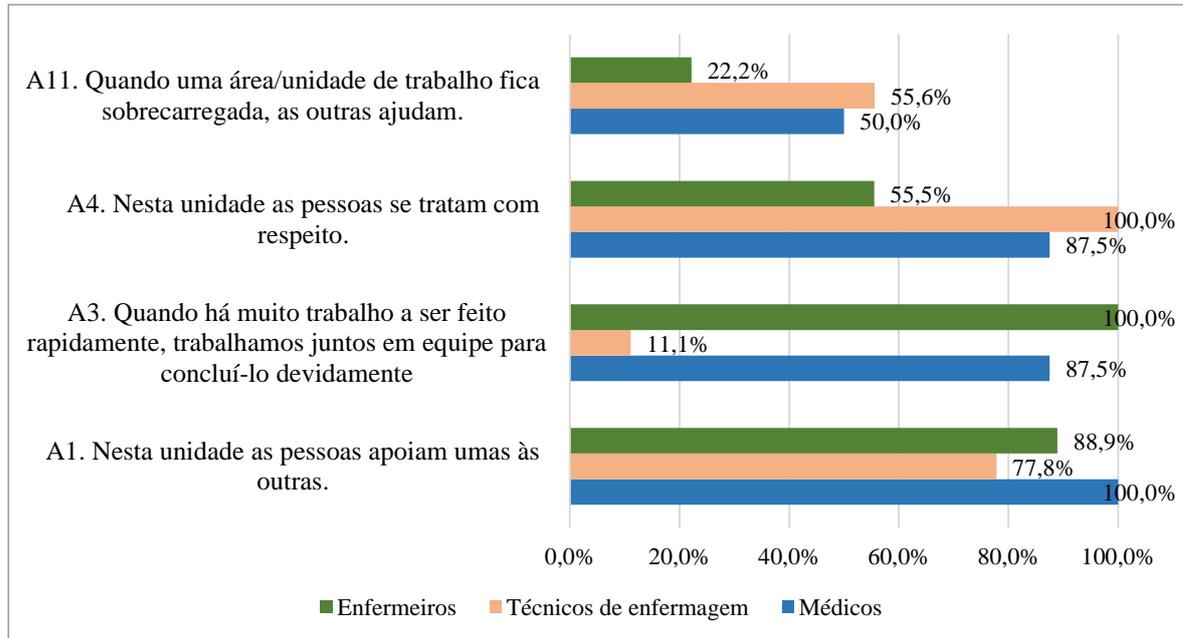
Trata-se de um estudo misto, de desenho sequencial explanatório. Os dados serão obtidos através de questionário e entrevista semiestruturada, aplicados aos integrantes das equipes de enfermagem e médica atuantes no serviço diurno do Centro Obstétrico da maternidade. Coloco-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Cordialmente,

Marina Caldas Nicácio

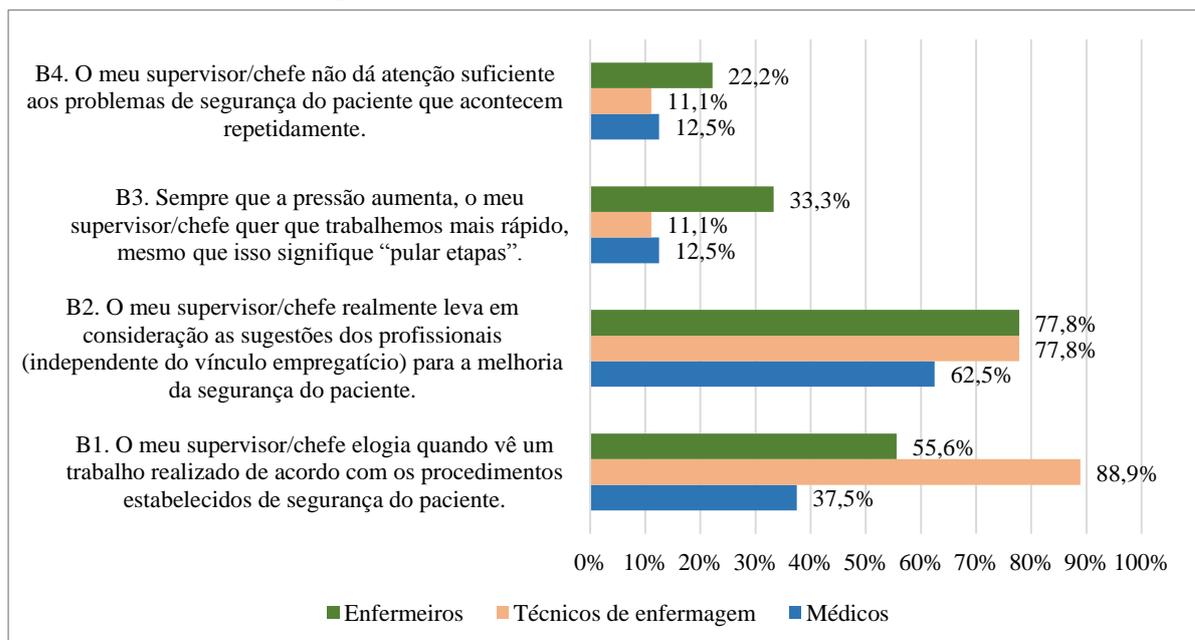
## APÊNDICE E – Gráficos das dimensões da cultura de segurança

Gráfico 3 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão trabalho em equipe dentro da unidade da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



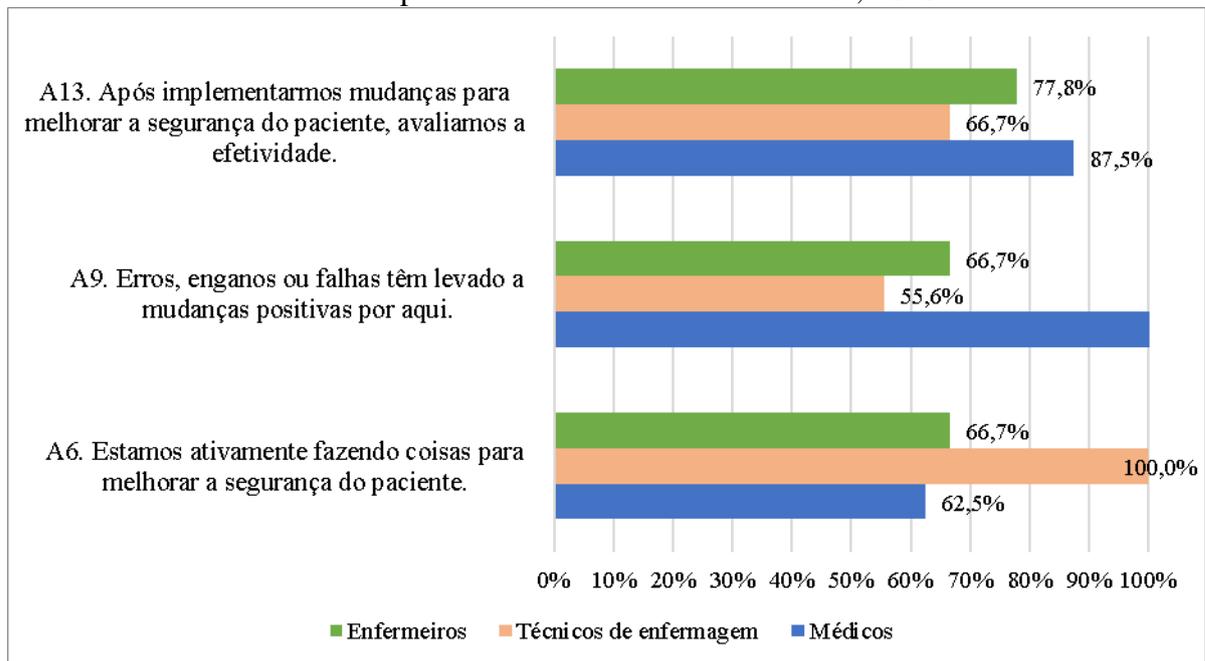
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 4 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão expectativas e ações dos supervisores para promover a segurança dos pacientes em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



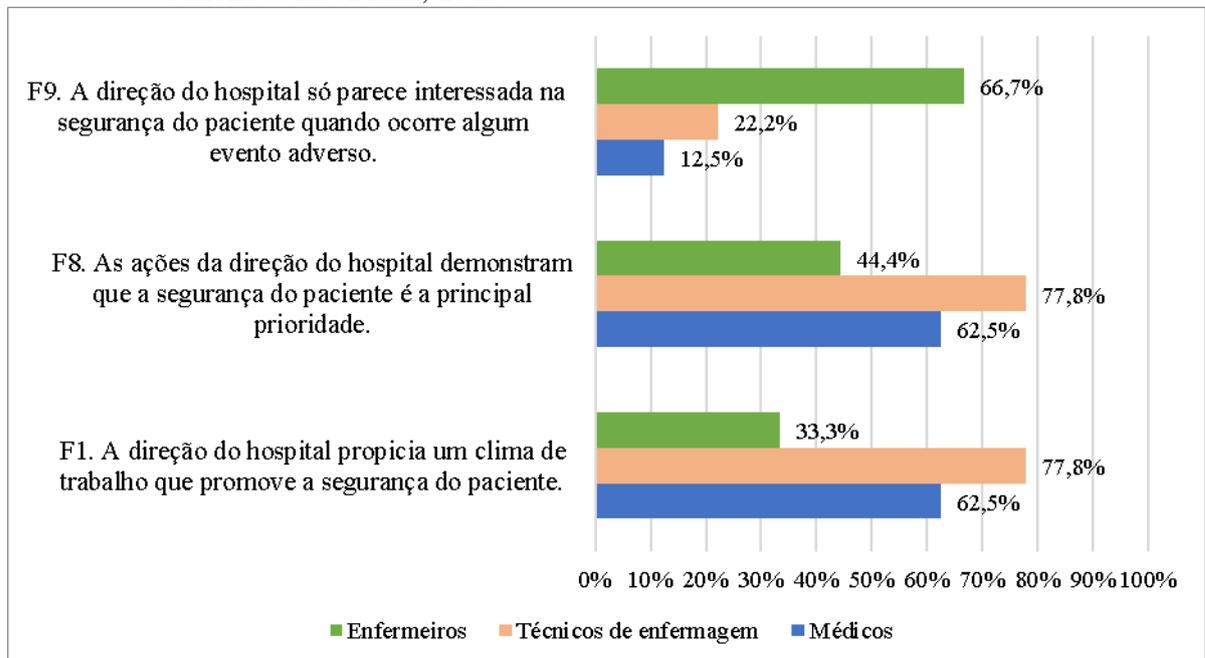
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 5 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão aprendizagem organizacional e melhorias contínuas na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



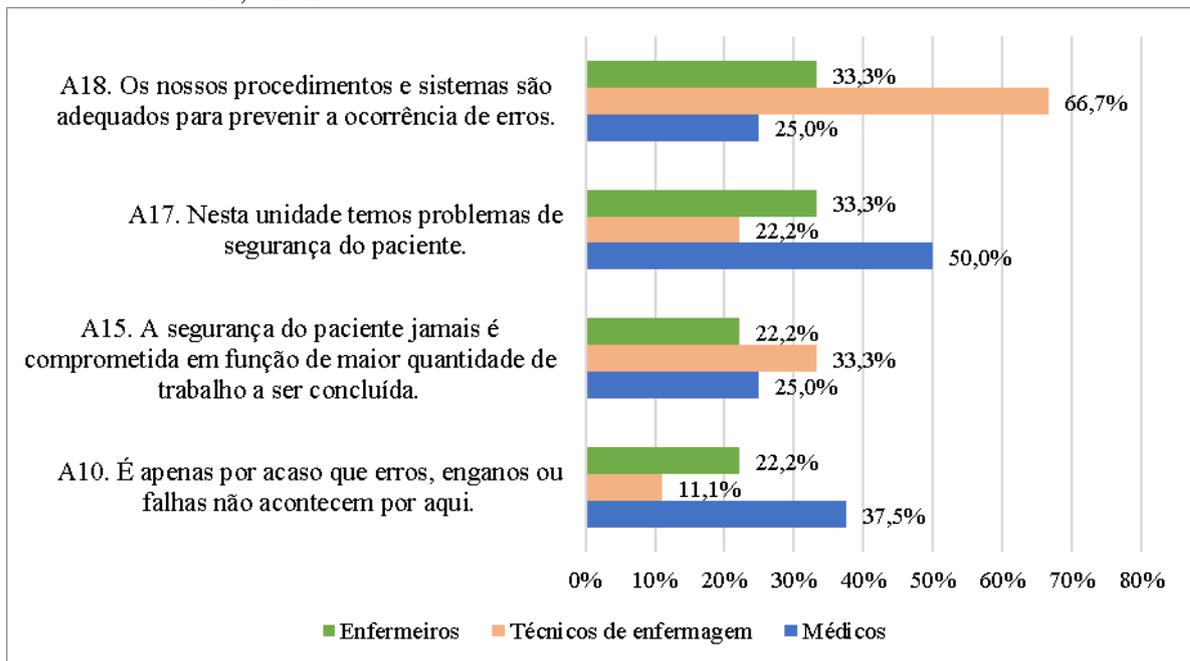
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 6 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



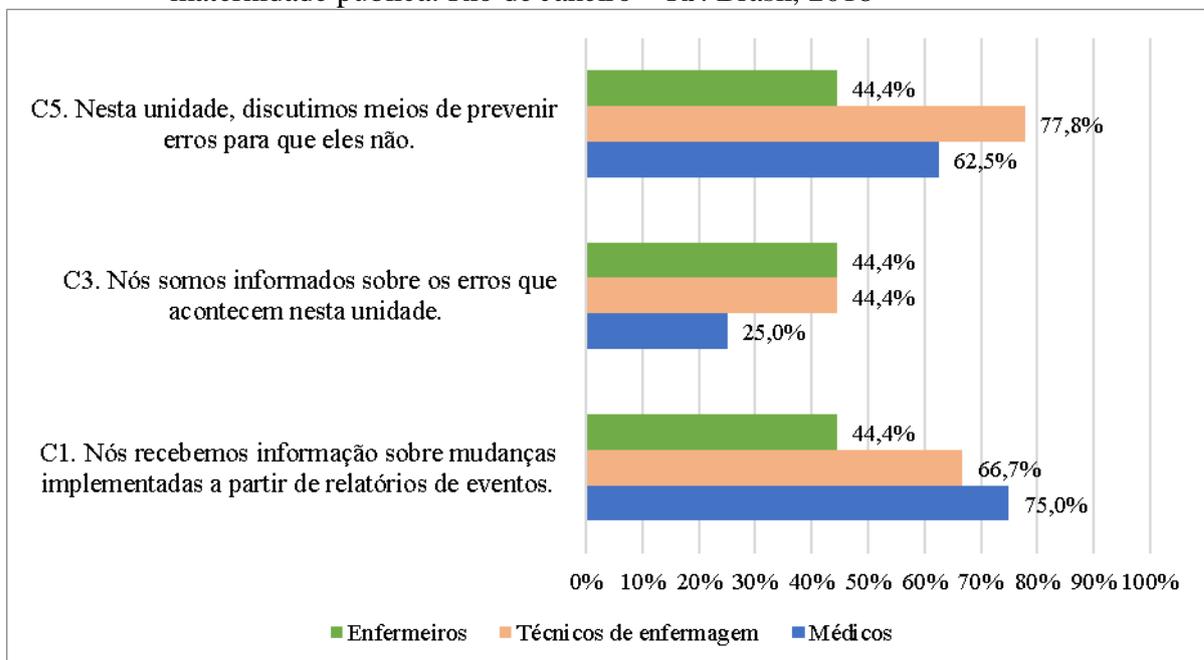
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 7 – Distribuição do percentual de respostas positivas sobre as percepções gerais da segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



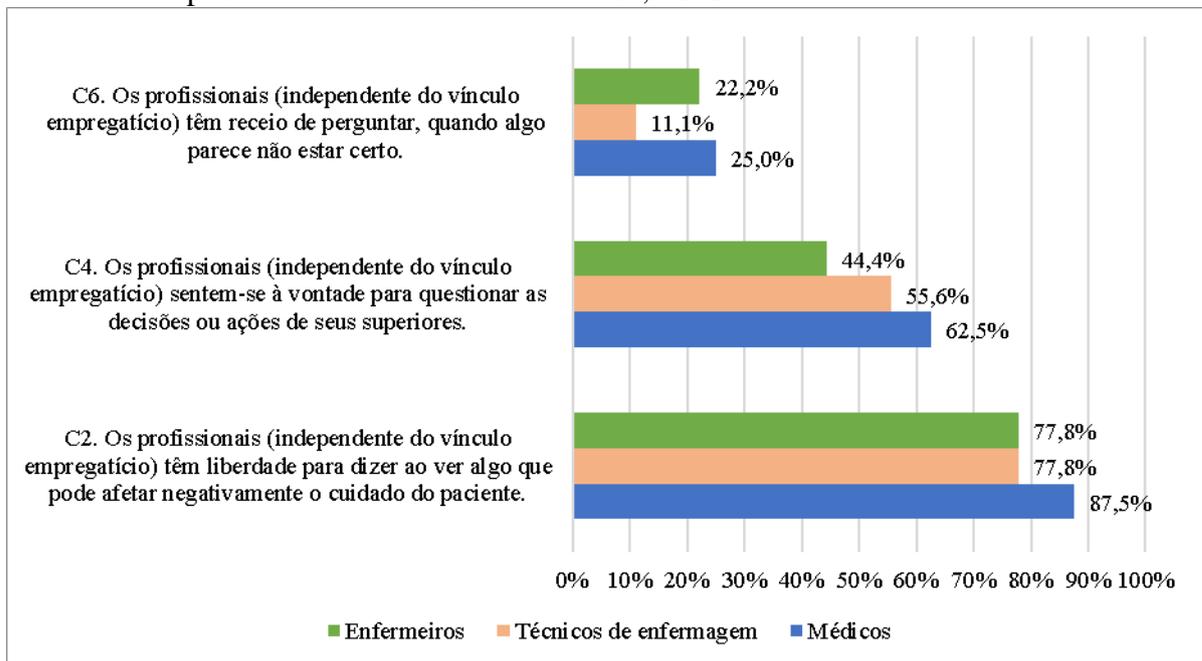
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 8 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão comunicação e informação sobre erros da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



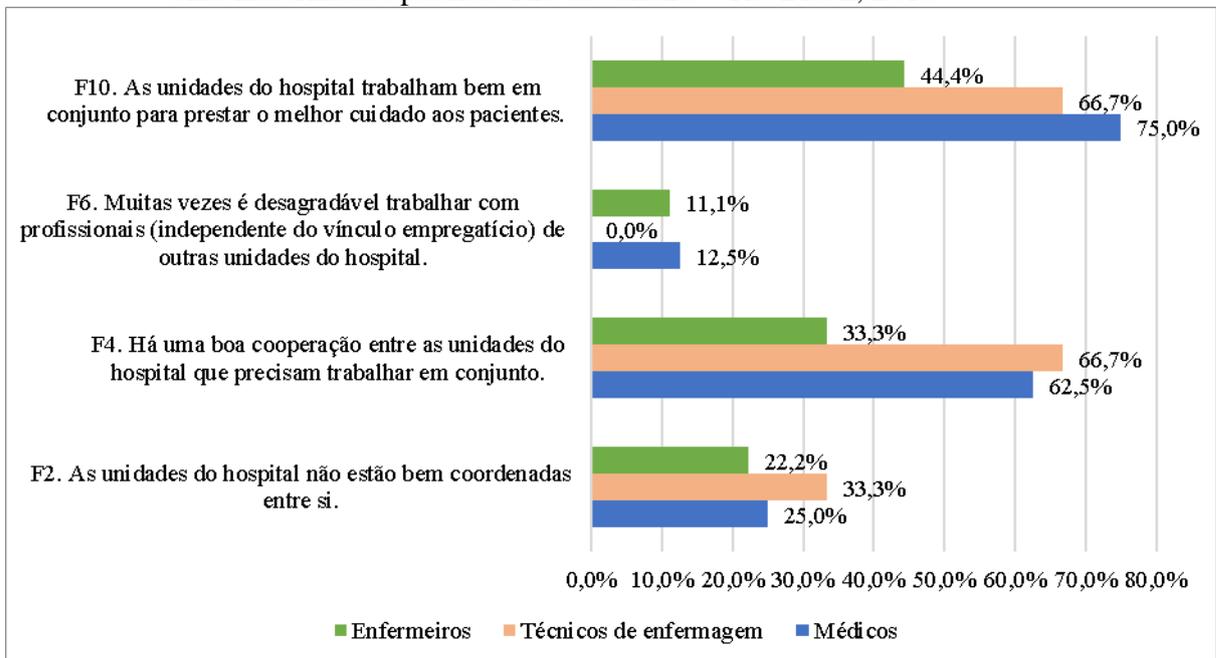
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 9 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão abertura de comunicação na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



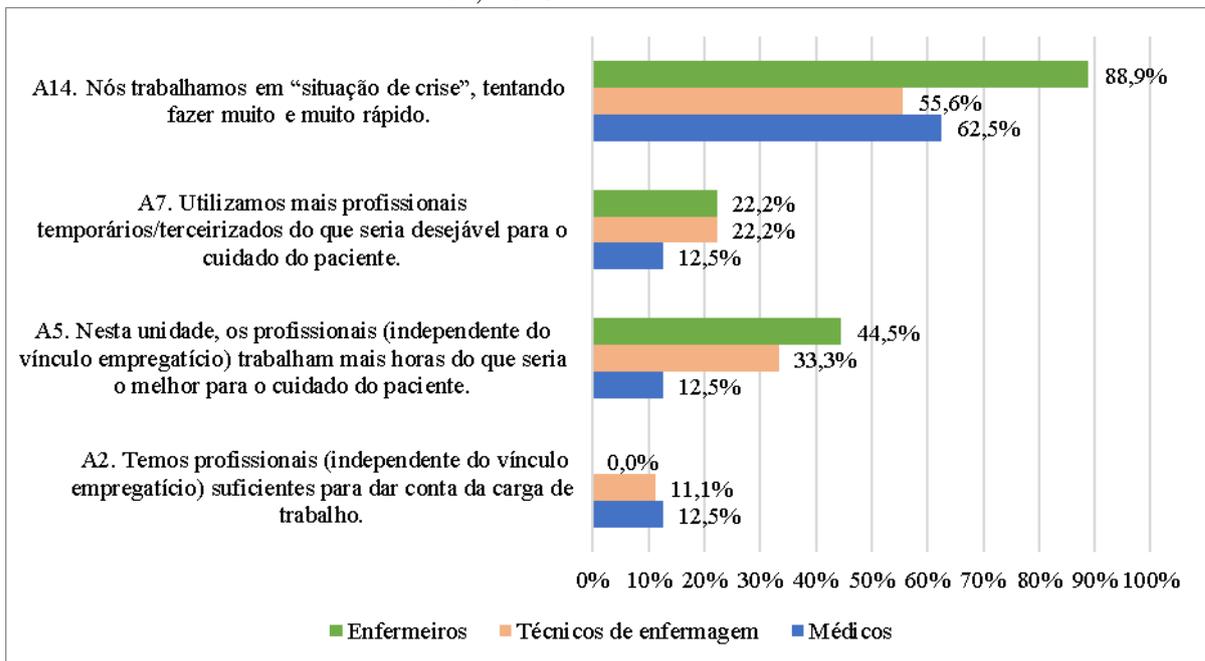
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 10 – Distribuição do percentual de respostas positivas da avaliação da dimensão trabalho em equipe entre as unidades na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



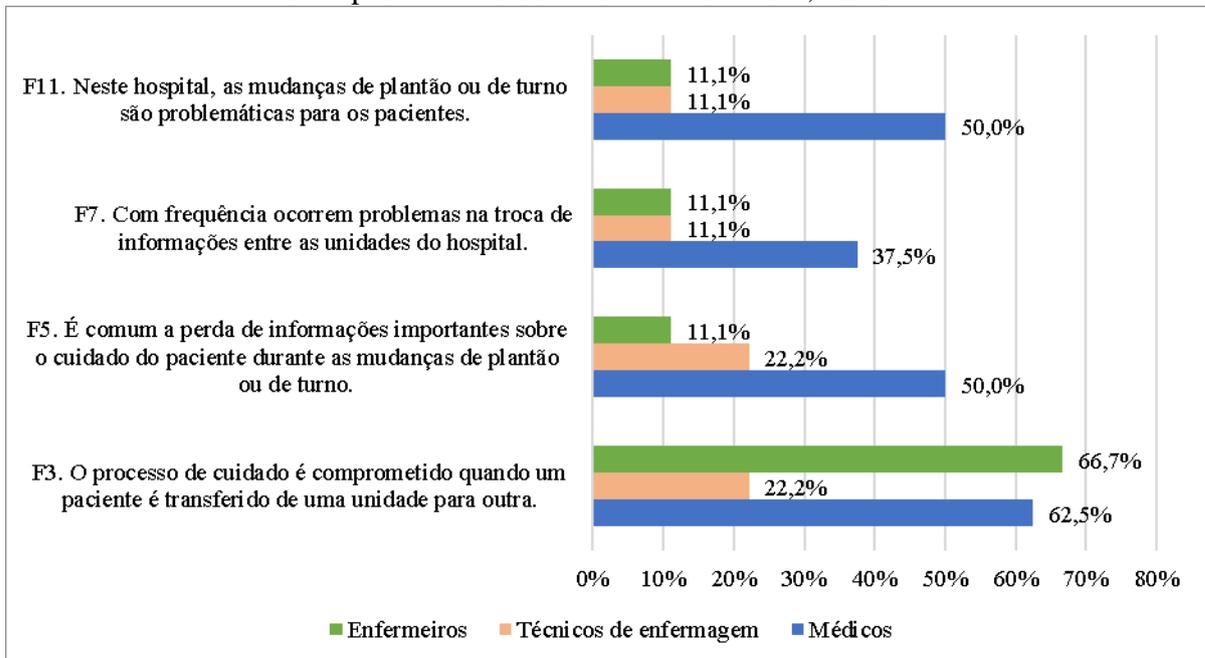
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 11 – Distribuição do percentual de respostas positivas da avaliação da dimensão pessoal na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



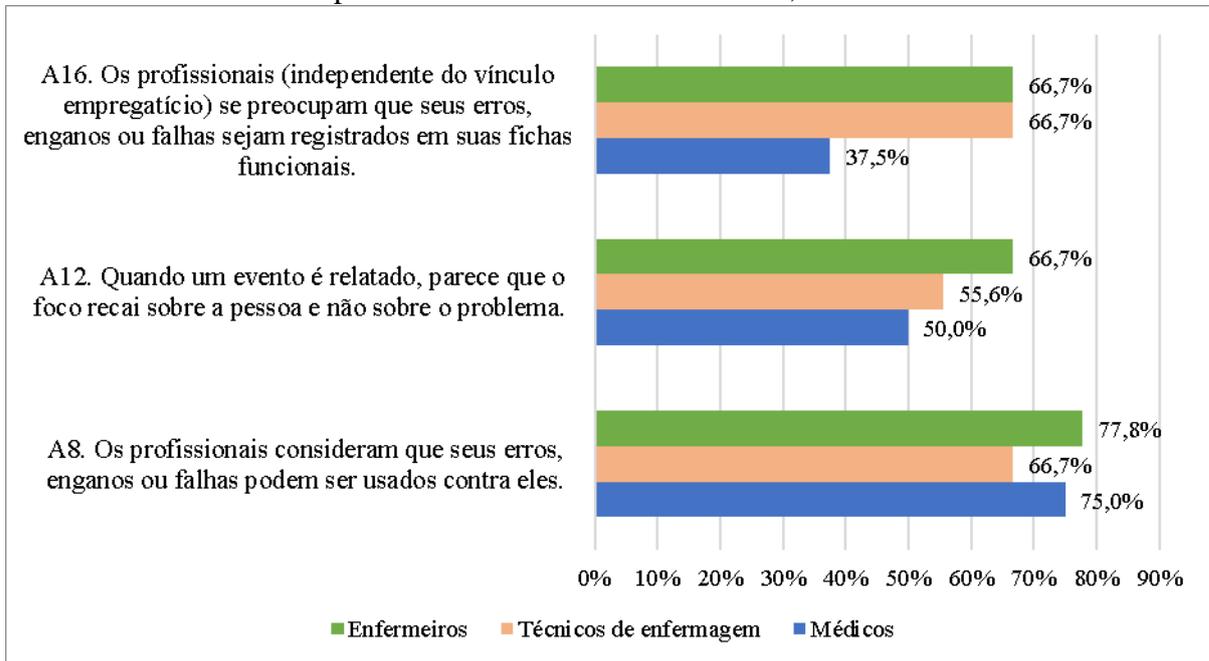
Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 12 – Distribuição do percentual de respostas positivas da dimensão transferências internas e passagem de plantão na cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



Fonte: A autora, 2018.

Gráfico 13 – Distribuição do percentual de respostas positivas das respostas sobre a dimensão não punitiva aos erros da cultura de segurança do paciente em uma maternidade pública. Rio de Janeiro – RJ. Brasil, 2018



Fonte: A autora, 2018.

## ANEXO A – Instrumento de coleta de dados: quantitativo



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



**Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Questionário Adaptado e Validado para a realidade brasileira**

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.

INFORMAÇÕES GERAIS

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

**1. Indique o seu gênero:**

A <input type="checkbox"/>	Feminino	B <input type="checkbox"/>	Masculino
----------------------------	----------	----------------------------	-----------

**2. Qual a sua idade?**

A <input type="checkbox"/>	18 a 27 anos	D <input type="checkbox"/>	48 a 57 anos
B <input type="checkbox"/>	28 a 37 anos	E <input type="checkbox"/>	58 a 65 anos
C <input type="checkbox"/>	38 a 47 anos	F <input type="checkbox"/>	Mais de 65 anos

**3. Qual o seu grau de instrução:**

A <input type="checkbox"/>	Primeiro grau (Ensino Básico) incompleto	D <input type="checkbox"/>	Segundo grau (Ensino Médio) completo
B <input type="checkbox"/>	Primeiro grau (Ensino Básico) completo	E <input type="checkbox"/>	Ensino Superior Incompleto
C <input type="checkbox"/>	Segundo grau (Ensino Médio) incompleto	F <input type="checkbox"/>	Ensino Superior Completo
G <input type="checkbox"/>	Pós-graduação (Nível Especialização)	H <input type="checkbox"/>	Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

**4. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos**

**5. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?**

A <input type="checkbox"/>	Menos de 1 ano	D <input type="checkbox"/>	11 a 15 anos
B <input type="checkbox"/>	1 a 5 anos	E <input type="checkbox"/>	16 a 20 anos
C <input type="checkbox"/>	6 a 10 anos	F <input type="checkbox"/>	Mais de 21 anos

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

A <input type="checkbox"/>	Menos de 20 horas por semana	D <input type="checkbox"/>	60 a 79 horas por semana
B <input type="checkbox"/>	20 a 39 horas por semana	E <input type="checkbox"/>	80 a 99 horas por semana
C <input type="checkbox"/>	40 a 59 horas por semana	F <input type="checkbox"/>	100 horas por semana ou mais

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

1 <input type="checkbox"/>	Enfermeiro (a) Generalista
3 <input type="checkbox"/>	Enfermeiro (a) Obstétrico (a)
4 <input type="checkbox"/>	Médico (a) Pediatra/Neonatologista
5 <input type="checkbox"/>	Médico (a) Obstetra
6 <input type="checkbox"/>	Técnico (a) de Enfermagem
7 <input type="checkbox"/>	Outro: _____

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

A <input type="checkbox"/>	SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
B <input type="checkbox"/>	NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

**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**

A <input type="checkbox"/>	Centro Obstétrico
B <input type="checkbox"/>	Emergência/ Acolhimento
C <input type="checkbox"/>	UTI Neonatal
D <input type="checkbox"/>	Alojamento Conjunto
E <input type="checkbox"/>	Enfermaria de Gestantes
F <input type="checkbox"/>	Ambulatório de Pré-Natal

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

A <input type="checkbox"/>	Menos de 1 ano	D <input type="checkbox"/>	11 a 15 anos
B <input type="checkbox"/>	1 a 5 anos	E <input type="checkbox"/>	16 a 20 anos
C <input type="checkbox"/>	6 a 10 anos	F <input type="checkbox"/>	Mais de 21 anos

**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 apoiam umas às outras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Erros tem levado a mudanças positivas aqui	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Após implementarmos mudanças	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade					
<b>14.</b> Nós estamos trabalhando em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>15.</b> A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>16.</b> Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>17.</b> Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>18.</b> Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**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
<b>1.</b> O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>2.</b> O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>4.</b> O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**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	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**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?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**SEÇÃO E:** Nota da segurança do paciente**Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.**

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Excelente	Muito Boa	Regular	Ruim	Muito ruim

**SEÇÃO F:** O seu hospital**Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.**

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

A <input type="checkbox"/>	Nenhuma notificação	D <input type="checkbox"/>	6 a 10 notificações
B <input type="checkbox"/>	1 a 2 notificações	E <input type="checkbox"/>	11 a 20 notificações
C <input type="checkbox"/>	3 a 5 notificações	F <input type="checkbox"/>	21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Seus comentários

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

---

---

---

---

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Concepções, conhecimentos e práticas de promoção da assistência segura: A práxis obstétrica no SUS.

**Pesquisador:** ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA

**Área Temática:** Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):

(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

**Versão:** 1

**CAAE:** 81898117.0.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.588.977

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado a CEP co-participante.

A melhoria da assistência nos serviços de saúde da atenção materna e neonatal é um desafio no país. Há necessidade imperiosa de reduzir práticas danosas; adotar as evidências científicas na prática assistencial; melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade e garantir resultados exitosos e a satisfação das usuárias com o atendimento prestado. Portanto, os serviços de saúde devem promover uma experiência de gravidez, parto e nascimento saudável e segura, com enfoque ampliado na promoção da saúde como um campo que abarca as práticas de promoção da segurança e de prevenção de danos resultantes do processo assistencial.

**Objetivos:** Como objetivo geral, pretende-se analisar as concepções, conhecimentos e práticas de promoção da qualidade e segurança da assistência obstétrica. Os específicos são: Caracterizar as práticas assistenciais com relação aos parâmetros da qualidade e segurança da mulher no período da gestação e parto; Verificar as dimensões da cultura de segurança à mulher na assistência hospitalar; Descrever as concepções e os conhecimentos profissionais sobre a promoção da

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.588.977

assistência obstétrica segura, e identificar os fatores influentes na promoção da qualidade e segurança da assistência obstétrica. Métodos: Pesquisa mista e de caráter avaliativo, conduzida em maternidades públicas da região metropolitana do município do Rio de Janeiro. A tipologia é de um projeto sequencial explanatório (QUAN=>QUAL). Os participantes serão os profissionais de enfermagem e médicos responsáveis pelos cuidados diretos às mulheres no período gestacional, parto e pós-parto, e aqueles que atuam na gerência dos cuidados no serviço. A fase quantitativa é constituída por estudo do tipo transversal dos dados secundários institucionais e de amostra de profissionais e não probabilística de cada maternidade. Serão aplicados dois questionários para investigar os fatores culturais da segurança da assistência. O primeiro é o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), adaptado para a Língua Portuguesa e contexto brasileiro, e o segundo é o questionário validado Análise da adesão às práticas baseadas em evidências científicas de atenção ao parto e nascimento. Os dados serão tabulados e submetidos à estatística descritiva e inferencial não paramétrica para verificar o nível de concordância das respostas entre os grupos de participantes. A fase qualitativa é representada por estudo descrito e os dados serão gerados por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais e analisados por meio do método hermêutico-dialético.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Objetivo Primário:

- Analisar as concepções, conhecimentos e práticas de promoção da qualidade e segurança da assistência obstétrica.

\* Objetivo Secundário:

- Caracterizar as práticas assistenciais com relação aos parâmetros da qualidade e segurança da mulher no período da gestação e parto;
- Verificar as dimensões da cultura de segurança à mulher na assistência hospitalar;
- Descrever as concepções e os conhecimentos profissionais sobre a promoção da assistência obstétrica segura;
- Identificar os fatores influentes na promoção da qualidade e segurança da assistência obstétrica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- Como não se trata de pesquisa observacional analítica, os riscos envolvidos para os participantes podem ser desconfortos no momento da concessão das entrevistas.

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.588.977

**\* Benefícios:**

- As informações fornecidas pelos participantes serão úteis para a assistência e ensino na área obstétrica, podendo beneficiar outros indivíduos envolvidos tanto na prática do cuidado nessa área quanto na formação profissional, contribuindo para o campo das políticas de saúde e da assistência, educação e pesquisa em saúde e enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, método adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão satisfatórios.

**Recomendações:**

- No TCLE, substituir o termo "cópia" por "via".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trabalho aprovado para ser realizado nas seguintes unidades:

- H. M. Maria Amélia Buarque de Hollanda
- H. M. Carmella Dutra
- H. M. Fernando Magalhães
- H. E. da Mãe de Mesquita

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.588.977

curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito 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 cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REV.doc	06/02/2018 23:41:11	ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA	Aceito
Outros	Carta.pdf	06/02/2018 21:36:50	ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/11/2017 13:21:40	ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.588.977

RIO DE JANEIRO, 09 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br