



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CULTURA DA SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

**ANA PAULA HOCH
LEANDRO JOSE VILAMIL
SABRINA DYEME DA SILVA MARTINS**

**CULTURA DA SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso Desenvolvido pelos Acadêmicos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Enfermeiro (a).

Orientadora: Profª Drª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

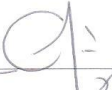
ANA PAULA HOCH
LEANDRO JOSE VILAMIL
SABRINA DYEME DA SILVA MARTINS

RELATÓRIO DA PESQUISA

CULTURA DA SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora



Vanessa Koshin

Joyce Frein Kottler

Florianópolis, 01 de julho de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **"Cultura da Segurança da Equipe de Enfermagem em um Centro Obstétrico"**, de autoria dos acadêmicos Ana Paula Hoch, Leandro José Vilamil e Sabrina Dyeme da Silva Martins, cumpre no meu entender, de maneira exemplar o último dos requisitos para a obtenção do título de Enfermeiro. Apresenta-se adequadamente estruturado, bem redigido, com seqüência lógica, coerência, consistência de conteúdo teórico-metodológica e de interpretação. O tema explorado é extremamente relevante e atual, trazendo contribuições importantes para a Enfermagem tanto no que se refere à atenção à saúde da mulher e do recém-nascido no Centro Obstétrico com ênfase na cultura de segurança do paciente, quanto na construção do conhecimento nesta área específica. Parabenizo os acadêmicos pela maneira primorosa, dedicada, ética e responsável com que conduziram o estudo.

Professora Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientadora

Florianópolis, 2 de julho de 2010

Dedicamos a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho. Familiares, amigos, professores, colegas e, principalmente os profissionais de Enfermagem do centro obstétrico que aceitaram contribuir para nosso estudo.

Agradecimentos

Acima de tudo agradecemos à Deus por todas as graças recebidas. Por alcançar essa vitória, por ter nos dado a vida, a inteligência e a força de vontade para lutar pelos nossos objetivos e nunca desistir. Por ser o caminho, a verdade e a vida.

Agradecemos à orientadora desta monografia Prof^ª Dr^ª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, pelo acolhimento nesse momento de ansiedade, empenho e contribuições nessa caminhada.

Agradecemos à Maternidade Carmela Dutra (MCD) por nos receber e permitir o desenvolvimento do nosso estágio e trabalho de conclusão de curso.

À equipe do centro obstétrico da MCD, em especial à equipe de Enfermagem, que não só participaram da construção deste estudo, mas também nos acolheram durante o período de estágio compartilhando momentos e saberes que não serão esquecidos.

Às nossas supervisoras de estágio Enf^ª Edith Ilza Pfaffensteller, Joyce Green Koettker e Suzana Ramos Koerich, obrigado pela contribuição e conhecimento compartilhado.

À Prof^ª Dr^ª Vera Radünz e Enf^ª Joyce Green Koettker por participarem da nossa banca e por darem contribuições tão significativas.

À Prof^ª Dr^ª Grace Teresinha Marcon Dal Sasso pelo apoio e contribuições durante todo o processo de elaboração deste.

Aos professores do Departamento de Enfermagem que também são responsáveis pela nossa vitória, obrigado pelas experiências compartilhadas durante todos esses anos.

Aos nossos colegas de turma, pelos momentos de alegrias, de estresse, de partilhas, pela troca de experiências e estágios, enfim, por todos os momentos juntos e que serviram de grande aprendizado para nós. Foi bom conhecê-los, prosperidade à todos e que Deus ilumine seus caminhos.

À todos os familiares e amigos que sempre estiveram presentes ao nosso lado nesta caminhada, torcendo por nós, e que de alguma maneira nos ajudaram na concretização desse sonho.

Agradecimentos Pessoais - Ana Paula

Agradeço em especial a minha mãe Bete que não mediu esforços para eu realizasse este sonho e em nenhum momento deixou de acreditar na minha vitória. Te amo mãe!

Aos meus irmãos Fábio e Junior pelo incentivo e carinho.

Ao meu pai Airton pelo apoio e pela moto, que me levou para tantas aulas e estágios.

À minha avó Ana e meu avô Arthur (in memoriam) obrigada por me criarem, ensinarem-me a ser correta e contribuírem para me transformar na mulher que sou hoje.

Sabrina e Leandro obrigada por dividirem esta experiência comigo, que a nossa amizade sempre perdure.

E por fim ao meu amor, amigo, companheiro e amante Lázaro, obrigada pelo amor incondicional, pela presença imprescindível e pela compreensão nos meus momentos de ausência.

Agradecimentos Pessoais - Leandro

Aos meus pais, Wilson, que da melhor forma sempre priorizou os estudos, preocupando-se em oferecer ensino de qualidade, cobrando e corrigindo meus erros e proporcionando minhas conquistas, obrigado mesmo, e, à minha mãe, Neusa, a quem tento me espelhar todos os dias pela forma de conduzir a vida, minha eterna gratidão pelos anos dedicados a mim, por acreditar no meu potencial, pelas orações, palavras de conforto, pelo incentivo constante, perseverança e fé, você é um presente de Deus, meu eterno agradecimento, amo muito vocês.

Aos meus irmãos Leonardo e Vinicius, obrigado pelo apoio, amo vocês.

À minha esposa Cecilia, companheira de todos os momentos, que me instigou a retornar os estudos, obrigado por incentivar, acreditar e apoiar meus estudos, pelas horas do seu tempo ouvindo minhas reclamações e angústias, sempre me mostrando o melhor

caminho, muito obrigado pela companhia matinal para chegar até a faculdade, pelas “dicas” e ajudas nos meus trabalhos, você é muito especial, amo-te muito.

Ao meu sogro Osni, e minha sogra Maria de Lourdes, por terem me recebido em sua casa após meu casamento, com toda dedicação e carinho.

Ao meu padrinho Augustinho, que me ajudou só eu ele sabemos o quanto.

Às minhas amigas do Centro Cirúrgico da Maternidade Carmela Dutra, minha gratidão, em especial, à Enfermeira Suzana que me recebeu com muito carinho e disposição para compartilhar conhecimentos das experiências vivenciadas.

Obrigado a Ana Paula e Sabrina, colegas com quem passei várias horas formulando opiniões para construir este, obrigado pela paciência e amizade.

Agradecimentos Pessoais – Sabrina

Agradeço especialmente à minha mãe, por acompanhar e apoiar todas as decisões na minha vida, por acreditar em mim quando nem eu acreditava. Pela amiga que sempre foi, me encorajando e brigando quando preciso. Agradeço a Deus por fazer de você minha Mãe. Te amo mãe!

A minha irmã que sempre foi motivo de alegria em minha vida do seu nascimento até hoje. Apesar dos desentendimentos que é comum entre irmãos vai ser alguém muito especial sempre, e espero que a vida nos una cada vez mais. Te amo mana!

Ao meu pai, que não está presente em vida, mas acredito que onde quer que esteja deve estar muito orgulhoso dessa vitória. Pra você pai!

À Profª Evangelina (Vanda) que aceitou desde o primeiro contato participar da orientação desse trabalho, o qual carrega meus maiores sonhos. Obrigada pela sua motivação, confiança, responsabilidade e comprometimento nessa caminhada.

À todos os profissionais do centro obstétrico, que contribuíram para meu aperfeiçoamento profissional, pela amizade e por momentos eternizados na lembrança.

Às Enf^{as} Joyce e Edith por aceitarem o convite de supervisionar durante o estágio. Por terem demonstrado muita humanização em sua assistência, pelos ensinamentos e pelo apoio sempre nessa caminhada. Pelo alto astral e todas as dicas.

Por todas as gestantes/parturientes/puérperas, recém-nascidos e familiares que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal durante o estágio supervisionado possibilitando a realização desse sonho.

À todos os meus mestres que me acompanharam nessa vida e foram os responsáveis pela minha perseverança contribuindo para a realização dessa vitória. Em especial ao Prof Jefferson Rodrigues e ao Prof Jonas que me ensinaram muito, através de suas boas atitudes, durante os estágios em saúde mental. Pela contribuição no aperfeiçoamento profissional e pela amizade.

À minhas colegas de faculdade, em especial à Isabela, Thaise, Gabriela W., Karen (Gapa) e Paulinha, pelos momentos maravilhosos que passei ao lado de vocês, por terem aberto a porta de suas casas e muitas vezes lá me alocado. E até por terem compartilhado suas famílias comigo.

Aos meus colegas de ICC, Ana Paula e Leandro pelos momentos juntos em que vivemos nesses últimos meses. Por terem contribuído para o meu aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram e entenderam minhas ausências provenientes dos estudos. Em especial às minhas amigas Grazi e Simone que sempre foram parceiras para as maiores alegrias e as maiores 'furdadas'. Que sempre fizeram me sentir como se fosse de suas famílias. Vocês estarão sempre no meu coração, amigas sempre!

Ao Movimento Pólen, onde sempre fortaleci minha espiritualidade, coordenei retiros, reuniões e grupos, fiz laços de amizades e participei de momentos inesquecíveis. Tudo que aprendi serviu de sustentação nessa caminhada contribuindo para o meu sucesso hoje, obrigada!

À todas as pessoas que passaram na minha vida e de alguma forma contribuíram para a concretização desse sonho, sintam-se abraçados e recebam meu muito Obrigado!

APRESENTAÇÃO

Relatório de pesquisa desenvolvida como trabalho de conclusão do curso, por alunos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem. A referida pesquisa intitulou-se de “**Cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico**” tendo sido submetida ao Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra (MDC) sob o n°: 0003.0.233.233-10. Foi desenvolvida na MCD, referência no atendimento à saúde da mulher e recém nascido no estado de Santa Catarina, no período de março a abril de 2010. A natureza da pesquisa é qualitativa e quantitativa do tipo exploratório-descritivo não probabilístico, com objetivo de identificar e avaliar a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico. Os dados foram coletados através do questionário internacional “*Safety Attitudes Questionnaire*”. Para dados quantitativos foi utilizada a análise estatística, frequência relativa e absoluta. E para os dados qualitativos foi utilizada a técnica da análise temática ou categorial segundo Bardin. Do presente relatório constam: capítulo de introdução, referencial teórico, metodologia, sendo que o capítulo dos resultados é apresentado sob forma de artigo, seguido de considerações finais, referências bibliográficas, apêndice e anexos.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Aspectos culturais.....	17
3.2 Enfermagem Obstétrica e segurança do paciente.....	18
3.3 Processo de trabalho da Enfermagem.....	21
3.4 Sobrecarga de trabalho.....	23
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 Caracterização do estudo.....	27
4.2 Local de Estudo.....	28
4.3 Cuidados éticos de pesquisa com seres humanos.....	29
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	29
4.5 Coleta de dados.....	30
4.6 Organização e análise de dados.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6. CONCLUSÃO DO RELATÓRIO DE PESQUISA.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	68
ANEXOS.....	70

1.INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema discutido internacionalmente e tem sido alvo de preocupações dos mais diversos órgãos da saúde. A segurança dos doentes, principalmente as conseqüências que resultam das “falhas” é, sem sombra de dúvidas, um dos temas mais sensíveis e delicados de abordar na área da saúde.

A segurança sempre foi negligenciada até que em meados dos anos 90, foram conhecidos os resultados de estudos mostrando que 3,7 % dos doentes sofreram danos durante o período de internação e somente com a publicação do documento *To Err is Human*, constatou-se que, por ano, 48.000 a 98.000 americanos morriam em hospitais em decorrência de erros preveníveis⁴⁶.

Dados do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA) em 1999 indicam que, erros associados à assistência à saúde causavam entre 44 mil e 98 mil disfunções a cada ano nos hospitais daquele país⁴⁶. Diante disso, em maio de 2002, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA 55.18, que solicita aos Estados-Membros uma maior atenção diante do problema, além de estabelecer e fortalecer os sistemas de base científica necessária para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde²⁴.

Em maio de 2004, a 57ª Assembléia Mundial da Saúde apoiou a criação de uma rede internacional para facilitar o desenvolvimento da política de segurança do paciente e a prática em todos os Estados-Membros a agir como uma força importante para a melhoria em nível internacional.

Em outubro do mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS)³² lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em resposta à resolução 55.18 da Assembléia Mundial da Saúde de 2002. É uma aliança composta por organizações internacionais, tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais.

Em 2005, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente” a *The Joint Commission* (a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar) e a *Joint Commission International* (seu braço internacional). É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem à segurança do paciente. Mediante essa responsabilidade foram

desenvolvidas as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente³², soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. Seguem as seis metas abaixo:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência;
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*);
4. Reduzir o risco de lesões ao pacientes, decorrentes de quedas;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
6. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

O primeiro hospital da América Latina a receber a acreditação da *Joint Commission International*, Hospital Israelita Albert Einstein, é também pioneiro na implementação de práticas inovadoras e baseadas em evidências em prol da segurança do paciente.

No mundo milhões de pessoas sofrem lesões desabilitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde que são inseguras. A estimativa é que estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um erro. Tal proporção advém de estudos conduzidos em países desenvolvidos, com sistemas de saúde mais estruturados do que os de países em desenvolvimento, nos quais dados epidemiológicos ainda são escassos. Nos Estados Unidos da América calcula-se que 100 pessoas morrem diariamente devido a erros ocorridos durante a assistência à saúde, e eles ocupam a oitava colocação entre as principais causas de mortalidade³³.

No Brasil em 2007 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) preparou uma proposta nacional para a segurança dos pacientes, nos moldes do projeto da OMS. Tem como objetivo identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde. Autoridades desta organização viram a necessidade da participação do Brasil não apenas pelo grande número de serviços de saúde do país, mas pelas ações prioritárias colocadas em prática, que têm gerado melhorias na assistência à população^{7,8}.

Já em 2009, a Anvisa promoveu uma oficina em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde/MS (Ministério da Saúde), e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que representa a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas Américas. O objetivo é discutir e aprovar os materiais técnicos da Organização Mundial da Saúde, bem como a estratégia que

será utilizada na implementação do projeto “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: cirurgias seguras salvam vidas”^{7,8}.

Percebemos que, apesar dos estudos escassos em âmbito nacional, há uma preocupação dos órgãos competentes para a sensibilização através de projetos e oficinas que reafirmam um compromisso no que refere à segurança do paciente. Mesmo sendo um assunto que preocupa profissionais de saúde em âmbito mundial, muitas vezes a segurança do paciente ainda é alvo de negligência. E que, apesar do crescente interesse pela segurança dos doentes, ainda encontramos uma falha comum no que diz respeito à consciência relacionada a esse tipo de problema³³.

Grandes estudos epidemiológicos conduzidos em países desenvolvidos demonstram que o ambiente, a cultura, as relações e a complexidade do sistema culminam na ocorrência de inúmeros erros e eventos adversos evitáveis, que comprometem a segurança do paciente, ocasionando mortes ou sequelas³⁴. Com isso ressaltamos a importância do conhecimento teórico sobre a cultura em seu significado denotativo, pois através disso não haverá interferência de nossa própria cultura.

Dessa forma, resolver esse problema exige mudança na cultura do cuidado em saúde nos quais os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema de saúde²³. Nesse sentido, a cultura da segurança é entendida como o suporte e a forma para as atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição desta em detectar e aprender a partir dos erros^{20,50}.

No contexto da atenção obstétrica e neonatal, a temática segurança do paciente também tem sido objeto de atenção nos últimos anos. Em especial no que se refere à segurança do paciente na sala de parto e no puerpério. Devido ao desenvolvimento científico e aos avanços tecnológicos assistimos mudanças que se fundamentam no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o atendimento seguro ao parto e puerpério.

No entanto, percebemos que este assunto, desde os tempos mais remotos, tem sido alvo da preocupação dos profissionais de saúde em geral e autoridades de saúde.

A competência de um profissional não está baseada apenas no vasto conhecimento que ele possui, mas na sua capacidade de realizar uma atividade com resultados desejáveis, ou de

acordo com padrões preestabelecidos, sobre circunstâncias variadas do mundo real. Profissionais competentes são pessoas que têm aprendido um grupo adequado de habilidades e conhecimentos para fazer seu trabalho satisfatoriamente. Um profissional qualificado é, então, alguém que é capaz de abranger um repertório de habilidades e conhecimentos em diferentes formas e contextos para realizá-los de maneira reconhecida como competente. O exercício da prática profissional exige dos profissionais de saúde o domínio de um grande número de competências para oferecer serviços de qualidade. (...) O atendimento da parturiente desde a chegada à maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto é de fundamental importância para o sucesso no desfecho do parto e nascimento¹⁶.

No Brasil dependendo da região do país, as mulheres não morrem somente pela falta de acesso aos serviços de planejamento familiar, mas também pela falta de qualidade na assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal e no abortamento incompleto^{9,10}. Altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e crianças. A baixa qualidade na assistência inclui o despreparo de uma grande parte dos profissionais de saúde no pré-natal, no abortamento, nos momentos críticos de emergência obstétrica e, ainda, na ausência de condições estruturais básicas, como a falta de leitos, equipamentos e transporte para uma unidade com mais recursos^{1,9}.

Algumas atitudes simples, como o lavar das mãos, se mostram preveníveis e com baixo custo, e evitam a ocorrência de outros riscos patológicos. Porém, a mortalidade materna constitui-se um dos grandes problemas de saúde pública.

No entanto, grande parte dessas mortes poderia ser evitada, mediante a adoção de medidas relativamente simples, entre as quais a melhoria da qualidade de vida, a garantia de assistência adequada no período grávido-puerperal e acesso aos serviços de saúde⁵¹.

Os custos de uma má assistência/falta de segurança resultariam em grandes despesas para o sistema de saúde. Existe um forte conjunto de evidências e um conhecimento enorme de fatos sobre implicações que a segurança, ou a falta dela, trazem às organizações de saúde, aos seus profissionais e principalmente a quem recorre a ela. Entre essas implicações podemos enumerar: perda da confiança nas organizações de saúde e seus profissionais; o aumento dos custos, sociais e econômicos e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados. Talvez por isso, esse tema tem dominado a agenda das políticas de saúde em muitos países⁴⁶.

Acreditamos que estudar a cultura da segurança da paciente em maternidade requer ações seguras de Enfermagem em seu atendimento, evitando riscos e danos à saúde materna

neonatal. Diante do exposto apresentamos a seguinte questão norteadora deste estudo: Qual a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico?

2. OBJETIVOS

Geral:

- Identificar e analisar a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico de uma Maternidade Pública de Santa Catarina.

Específicos:

- Analisar a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico mediante a aplicação do “Questionário de Atitudes Seguras” (SAQ);
- Identificar características sociodemográficas da população estudada;
- Identificar fatores no processo de assistência de Enfermagem no centro obstétrico que possam contribuir para os riscos ao binômio mãe filho durante o processo de cuidado;
- Contribuir para a construção de uma proposta de trabalho que promova a cultura da segurança da equipe de Enfermagem que participa do processo de cuidado ao binômio mãe filho;
- Avaliar os comportamentos da equipe de Enfermagem que presta cuidado ao binômio mãe filho;
- Avaliar a aplicabilidade e a eficiência do instrumento (SAQ), no processo de pesquisa, durante o Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse momento o referencial teórico torna-se muito importante, pois apresenta a construção da capacidade explicativa e argumentativa dos autores do estudo procurando dar conta do problema proposto. Procuramos sustentação teórica em documentos oficiais da OMS, OPAS, Anvisa, entre outras obras literárias, acerca dos temas: cultura da segurança, segurança do paciente e segurança em obstetrícia.

3.1 Aspectos Culturais

Cultura é "o ato ou efeito de cultivar, são padrões de comportamento, as crenças, os valores de uma sociedade, é o desenvolvimento de um grupo social; são as atividades e o desenvolvimento intelectual, o saber, a instrução"^{17,42}.

Abordando uma reflexão teórica acerca do conceito de cultura na prática de educação em saúde e na prática do cuidado de enfermagem, o estudo relata que grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX, em que "o outro" (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo, tendo que ser feito um processo de educação. Porém, ao fazer isso o profissional não tem a percepção de que essa maneira de pensar/agir também é cultura⁵.

Como evolução ao conceito anterior, o mesmo estudo, mostra a percepção pela antropologia simbólica/interpretativa, referindo que a cultura tem um significado de um sistema de símbolos, que é expressa na interação social, onde os atores comunicam e negociam significados, a cultura é dinâmica e heterogênea. Nessa linha de estudo a cultura é percepção e ação. Continuamente vai se modificando como resultado das interações simbólicas que os seres humanos fazem entre si e com seu ambiente⁵.

Preocupado com a importância do tema e considerando que é de vital necessidade o envolvimento das instituições de saúde, a *National Patient Safety Agency*, desenvolveu um documento estratégico intitulado *Seven steps to patient safety a guide for NHS staff*, onde são definidos sete passos⁴⁶ essenciais que as organizações do *National Health Service* Inglês (NHS) deveriam adotar no sentido de melhorar a qualidade do cuidado de saúde prestado. Cada um desses passos fornece um checklist que ajuda a planejar as atividades e a medir o desempenho e a efetividade das ações adotadas para promover a segurança dos pacientes. São eles:

1. Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;
2. Liderança forte e apoio das equipes de saúde em torno da segurança do doente;
3. Integrar as atividades de gestão de risco desde a identificação das causas até a definição das ações corretivas e/ou preventivas;
4. Promover o reporte nos eventos adversos ou *near misses*, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes;
5. Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e escutar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos;
6. Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e causas que estão subjacentes com o intuito de aprender como e por que o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes;
7. Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário.

Categoriza-se uma cultura de segurança em quatro componentes, que refletem a afirmação de que uma cultura informada é uma cultura segura³⁹. Componentes esses, que identificam as práticas e as crenças presentes em uma organização, onde o profissional está informado sobre os riscos e os danos do processo de assistência, e atua para torná-la segura. Esses componentes estão embasados no apoio à *cultura do relato*, onde os trabalhadores são estimulados pela administração da instituição a relatar erros e danos, e evidencia que o profissional no seu cotidiano enfrenta riscos³⁹. Assim, uma organização segura depende da disposição dos trabalhadores para relatar erros e danos. Portanto, as práticas organizacionais apóiam a *cultura justa*^{28,49}. A disposição dos colaboradores para relatar também depende das crenças que os padrões autoritários da organização relaxam quando a segurança da informação é intercambiada porque aqueles com autoridade respeitam o conhecimento dos colaboradores. Portanto, as práticas organizacionais também apóiam a *cultura flexível*^{28,49}. E, por último, a disposição dos colaboradores para relatar depende da crença que possuem de

que a organização analisará a informação relatada e então programará mudanças apropriadas. Nesse sentido, as práticas organizacionais apóiam a *cultura da aprendizagem*. A interação desses quatro componentes produz uma organização informada e que tem credibilidade^{28,49}.

As organizações devem analisar e avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento e unidade, bem como ao nível organizacional, a fim de desvelar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente e de avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo, estabelecendo metas internas e externas. Portanto, o maior desafio na avaliação da cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados no paciente^{22,30}.

3.2 Enfermagem Obstétrica e segurança do paciente

A Enfermagem materno-infantil engloba alguns cuidados que fazem com que as famílias modernas procurem assistência, incluindo os cuidados com a saúde das mulheres, a assistência à maternidade, as opções de natalidade, os métodos contraceptivos e os cuidados neonatais⁶.

Antigamente, quando a Enfermagem Obstétrica ainda não era uma especialidade, as Enfermeiras que trabalhavam com obstetrícia eram responsáveis por cuidar das mães nas salas de parto e, por isso cada uma dessas Enfermeiras acabava tendo uma função específica⁶. Durante o período pré-parto, parto e puerpério, a equipe de assistência em saúde empenha-se para garantir a saúde da gestante e de seu filho e, atualmente, percebemos que, o (a) Enfermeiro (a) é muito mais que um (a) generalista, estando responsável pela assistência da gestante do início ao fim do trabalho de parto, bem como pelos cuidados à puérpera e ao recém-nascido até a concessão de alta⁶.

Por isso, a equipe deve estar bem preparada, pois através de sua assistência é que a mulher e a família receberão os cuidados necessários e as informações a respeito desse processo que vivenciam.

O sucesso do parto e do nascimento dependerá do atendimento inicial à parturiente, desde sua chegada à maternidade até a evolução do trabalho de parto¹⁶. Mas, isso não se deve limitar apenas à equipe de uma determinada área, já que a maternidade não é composta somente por essas mesmas pessoas.

Em 1859 Florence Nightingale conclui, em uma de suas publicações que: “pode parecer paciente”³⁴. Com base na reflexão desta autora e em experiências vivenciadas dentro do

hospital talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao percebemos que o paciente, ao procurar assistência em saúde, na espera de que suas necessidades sejam solucionadas, acaba se expondo a outros agravos decorrentes da ausência de segurança, quer seja segurança ambiental ou da equipe multi-profissional.

Em 1999 a análise de grandes estudos epidemiológicos gera a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* nos Estados Unidos da América, demonstrando que erros acontecem e são frequentes durante a assistência, causando milhares de danos, apesar dos imensos investimentos destinados à área, na maior potência econômica da atualidade¹⁶. Em 2001, um estudo realizado por Vicent et al comprovou que 10% dos pacientes internados no hospital *National Health Service Inglês (NHS)*, sofreram um incidente, no qual muitos acabaram em morte e que desses 50 % poderiam ter sido evitados¹⁶.

As necessidades fisiológicas como a necessidade de oxigênio suficiente, nutrição, temperatura e umidade ótimas, influenciam na segurança de uma pessoa. A segurança, frequentemente definida como estar livre de lesão psicológica e física, é uma necessidade humana básica que deve ser satisfeita. O (a) Enfermeiro (a), incorporando as competências de raciocínio crítico, quando usa o processo de Enfermagem, é responsável por avaliar o paciente e o ambiente para os perigos que ameaçam a segurança, bem como por planejar e intervir da forma apropriada para manter um ambiente seguro³⁸.

Dessa maneira, a Enfermagem demonstra estar comprometida no fornecimento do cuidado e também promotora da saúde.

Nos ambientes em que o (a) enfermeiro (a) e o paciente interagem (p. ex. a casa, centro comunitário, escola, clínica, hospital), a segurança reduz a incidência de lesões e doenças, encurta a duração do tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém o estado de desempenho do paciente, assim como aumenta a sua sensação de bem-estar. Um ambiente seguro também proporciona a proteção para a equipe, permitindo que ela atue em um nível ótimo. Um ambiente seguro é um ambiente em que as necessidades básicas são satisfeitas, os perigos físicos estão reduzidos, a transmissão de patógenos é menor, as condições sanitárias são mantidas e a poluição é controlada³⁸.

Com isso, percebemos que o ambiente de interação entre a paciente e o profissional tem grande importância na recuperação da saúde e na sua manutenção, e que a seguridade reflete diretamente na equipe, ao promover bem estar decorrente da atuação profissional em um local ótimo.

3.3 Processo de trabalho da Enfermagem

Cada vez mais a enfermagem atua no exercício de assistência e promoção da saúde ao prestar serviços de caráter coletivo e/ou individual na busca de novas técnicas e métodos de ensinamentos baseados no conhecimento científico. O trabalho desenvolvido pela enfermagem tem uma utilidade social e precisa ser realizado com um alto grau de qualidade e fidedignidade, refletindo na assistência segura para a sociedade ou pessoa assistida.

Partes desses serviços são desenvolvidos a partir de informações captadas nas comunidades, ambientes hospitalares, determinados grupos de pessoas com a mesma doença, entre outros. A partir dessas informações a equipe de enfermagem pode desenvolver técnicas e métodos baseados em conhecimentos científicos, realizando atividades de promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação de pessoas com doenças visando oferecer melhor qualidade de vida direcionada à saúde da população.

O processo de trabalho do enfermeiro apresenta inúmeras situações que o expõem a um desgaste contínuo com conseqüente perda das condições satisfatórias de vida. Desse modo, o processo de trabalho na enfermagem está atrelado às condições satisfatórias de vida do profissional o que reflete diretamente na segurança dos cuidados prestados ao indivíduo⁴⁸.

A enfermagem é formada por um extenso grupo de profissionais integrantes do sistema de saúde, que empregam seus conhecimentos técnicos e científicos indivíduos com variadas patologias, utilizando técnicas distintas para tal.

No Brasil, assim como na maioria dos países ocidentais, a assistência à saúde se faz tanto no ambiente hospitalar como no espaço extra-hospitalar, seja de iniciativa pública ou privada. O hospital é um espaço onde a enfermagem se faz presente de modo significativo, sendo responsável por atividades que vão desde orientações de caráter educativo, consultas de enfermagem, administração de medicamento, organização de enfermarias e do espaço assistencial, além de todo cuidado integral do enfermo durante seu período de internação.

Os enfermeiros passam muito mais horas em contato direto com o paciente do que qualquer outro profissional da equipe de saúde. No hospital há uma equipe multiprofissional para atender as necessidades do enfermo, nesse contexto, o profissional de enfermagem relaciona-se com diversas especialidades como psicólogos, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre outros²¹.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a enfermagem brasileira vem conquistando um importante espaço fora das instituições hospitalares, especialmente na

atenção básica de saúde. No espaço extra-hospitalar, a enfermagem, desenvolve seu trabalho nas Unidades Básicas ou Locais de Saúde e nos diversos serviços da rede pública, além de atuar em centros médicos, empresas, clínicas médicas, laboratórios de diagnósticos especializados, comunidades e outros.

Profissão é a qualificação de trabalhadores especializados em determinadas atividades, que dominam os conhecimentos para a sua realização, além disso, profissão caracteriza-se pela presença de indivíduos que se identificam com uma vocação, e aceitam suas normas e modelos. Nesse sentido, esses profissionais oferecem serviços especializados ao público que sirvam aos interesses da coletividade e possuem um conjunto de conhecimentos teóricos especializados aliados a um longo período de treinamento³⁵. Considerando esse conceito elaborado pela autora, com base nas formulações da sociologia das profissões, a enfermagem tem os atributos de uma profissão.

É um trabalho realizado por profissionais que têm suas atividades reconhecidas pela sociedade em que vivem, as quais são amparadas por lei, devendo ser respeitadas pelas instituições assistenciais. Segundo COREN¹³ informa, no Brasil o trabalho da Enfermagem está regulado pelo disposto na lei do exercício profissional (nº 7.498 de 25 de julho de 1986). Essa lei estabelece que a profissão é composta por trabalhadores com formação de nível superior, o enfermeiro, o qual delega atividades a trabalhadores de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem)¹³. Esses profissionais, por sua vez, organizam-se de forma coletiva de modo a garantir o respeito e o cumprimento das regras estabelecidas, buscando aprimoramento profissional e medidas de defesa para o exercício legal da profissão.

Pires³⁶ relata que:

“O trabalho de Enfermagem é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo desenvolvido sob regras institucionais. É parte do trabalho coletivo em saúde no qual os profissionais de enfermagem estabelecem relações com a estrutura institucional, com outros profissionais e com os usuários desses serviços, buscando atender as necessidades da população”^{36:313}.

O trabalho do profissional de enfermagem corresponde ao trabalho especializado, reconhecido socialmente como necessário para a realização de determinadas atividades. O fazer da enfermagem está diretamente ligado a normas, rotinas e tarefas fragmentadas, sem haver, muitas vezes, a participação efetiva do conjunto da equipe nos processos decisórios ficando responsável pelas decisões na maioria das vezes o enfermeiro gerente de enfermagem, ou o enfermeiro responsável pelo setor.

O trabalho da enfermagem é necessário para a sociedade e, cada vez mais, vem exigindo agilidade, eficiência, produtividade e excelência nos serviços prestados. A atuação da enfermagem na área assistencial, busca ao mesmo tempo, transformar o cotidiano das pessoas e trazer benefícios à saúde.

Pensando na segurança do paciente no centro obstétrico é que esse projeto está sendo proposto por meio de uma prática profissional baseada em princípios éticos procuramos identificar fatores no processo de cuidado, a fim de proporcionar assistência segura e de qualidade.

3.4 Sobrecarga de trabalho

" Sempre se esperou que os enfermeiros respondessem à obrigação de cuidar fosse em que circunstâncias fosse"^{44:42}.

Ao longo de sua história, os hospitais passaram de locais destinados ao abrigo e atendimento essencialmente espiritual de pobres, velhos e moribundos a instituições de cura, formação e transmissão de saber¹⁸.

Com as transformações ocorridas em sua trajetória, o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu, mas uma nova instituição que assumiu outras missões, ainda que resguardando algumas que as precederam. Ocorreram mudanças em suas características e finalidades, sua administração, seus sujeitos, instrumentos e processos de trabalho⁴¹.

Os avanços científicos e tecnológicos, a diversidade e complexidade dos processos de trabalho existentes em um hospital, traduzem-se em um ambiente potencialmente de risco variados que repercutem sobre os indivíduos, enquanto trabalhadores, clientela e meio ambiente.

As atividades dos profissionais de saúde envolvem um contato permanente com o sofrimento humano (dor e morte) e exposição aos riscos ocupacionais de natureza física, química, biológica, ergonômica e de acidente existentes nos processos e organização do trabalho. Além disso, as precárias condições de instalações e equipamentos, a deficiência quantitativa e qualitativa de pessoal e material nos hospitais do Brasil, resulta em sobrecarga física, cognitiva e psíquica com graves repercussões sobre a saúde desses profissionais¹⁰.

Diferentes investigações têm demonstrado que alguns eventos estressantes e o cansaço da vida diária podem ser associados a problemas de saúde tanto emocionais como físicos.

Dados de pesquisas americanas revelam que, em cerca de 84% das consultas médicas, os pacientes se queixam de problemas de saúde decorrentes do estresse, sendo que 89% deles relatam já terem vivenciado altos níveis de estresse em suas vidas, relacionando-o, na maioria das vezes, a seu trabalho⁴⁷.

Na relação existente entre saúde/doença e trabalho, Dejours¹⁵ afirma que “(...) o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde”^{14:13}.

Dessa forma, se o trabalho é capaz de influenciar a condição saúde/doença do trabalhador, certamente a sobrecarga de trabalho atua de maneira negativa nesse contexto, e uma vez que o profissional se encontra com seu bem-estar prejudicado isso influenciará no desempenho de suas funções.

Estudos de ergonomia, psicologia, epidemiologia, toxicologia, entre outros, desenvolvidos em vários países, principalmente França e Estados Unidos, abordam os diversos problemas de saúde consequentes da exposição ocupacional e da sobrecarga de trabalho dos profissionais da Enfermagem, tais como: dermatites de contato; problemas hematológicos; osteomusculares; infertilidade; doenças infecto-contagiosas, além das manifestações clínicas de caráter psicossomático pela sobrecarga psíquica e física, entre outros¹⁰. No Brasil, entretanto, as pesquisas que buscam aprofundar a análise da relação saúde e trabalho estão dirigidas a outras categorias, com predomínio do setor industrial. As preocupações com o mundo do trabalho e suas implicações na saúde e no meio ambiente estão inseridas no contexto histórico do processo de industrialização, sendo o setor industrial o ramo de atividade produtiva que mais concentra estudos acerca dessa temática.

O trabalho hospitalar, nas abordagens da relação saúde-trabalho, constitui um objeto de estudo ainda recente. As investigações sobre a saúde dos trabalhadores de hospitais vêm se desenvolvendo mais tardiamente³⁷. As pesquisas mais recentes, que estudam o hospital enquanto campo de atuação do processo tecnológico da atenção médica, apesar de se identificar a noção de risco como uma preocupação dos pesquisadores, estão baseadas na sociologia do trabalho, na ergonomia moderna e na psicopatologia do trabalho³⁷.

A insalubridade ou penosidade pela permanente exposição a um ou mais fatores que produzem doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar é decorrente da própria natureza desse trabalho e de sua organização, evidenciados através de sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos³⁷.

Ao se tratar do trabalho em saúde deve-se, prontamente, reconhecer a natureza heterogênea dos inúmeros processos envolvidos. Esses processos, apesar de heterogêneos apresentam-se interconectados na dinâmica global do processo de produção em saúde³¹.

Segundo o autor supracitado, as atividades dos estabelecimentos de saúde podem ser divididas em três áreas distintas, com seus respectivos processos de trabalho: uma área que inclui os serviços de limpeza, hotelaria e segurança, outra que contempla os serviços dos laboratórios de análises clínicas e o terceiro tipo de processo de trabalho, que é aquele que se desenvolve através do atendimento clínico e cirúrgico, envolvendo cuidados com o paciente³¹. Esse tipo de processo de trabalho é, sem dúvida, bastante específico e conforme Nogueira³¹:

“(...) o fato de envolver o paciente, seu corpo e sua personalidade, em papel mais ou menos ativo, o torna muito diferente de qualquer outro tipo de serviço pessoal existente na sociedade moderna”^{31:21}.

É importante destacar a dimensão tecnológica e os aspectos físico, psíquico e cognitivo deste tipo de trabalho, pois os danos decorrentes de acidentes e incidentes não resultam apenas em perdas materiais ou no tempo da produção, mas têm repercussões deletérias para vidas humanas. Os incidentes podem ser considerados eventos de pequena proporção, mas que podem resultar em maiores danos – acidentes.

Santos e Fialho⁴⁵ definem incidente crítico como:

“Todo evento observável, numa situação de trabalho, que apresenta um caráter anômalo em relação a um desenvolvimento habitual conhecido”^{45: 274-248}.

Dessa forma, um erro humano pode ser considerado como um tipo de incidente, assim como um incidente material, ou seja, relativo ao funcionamento de um equipamento, pode levar a um ou vários erros humanos. Os autores acrescentam que o acidente, considerado enquanto uma situação súbita, imprevista ou fortuita, atinge necessariamente o indivíduo nos seus efeitos, mas ele não é o único a ser atingido, e raramente a única vítima na sua gênese.

Os profissionais de saúde são os responsáveis diretos pelos procedimentos de assistência à saúde de doentes com doenças diversas, contudo, pouco se tem investido em pesquisas que especifiquem os seus múltiplos papéis enquanto usuários e enquanto prestadores de serviços, e que analisem seus agravos³⁷.

O estresse relacionado ao trabalho é um processo de perturbação que pode acometer o indivíduo, quando este mobiliza excessivamente sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassem suas capacidades físicas e/ou psíquicas³.

Dejours e Abdoucheli¹⁵ descrevem que as tensões ligadas ao trabalho “têm por alvo principal os corpos dos trabalhadores, onde podem ocasionar desgaste, envelhecimento e

doenças psicossomáticas”^{15:125}. Levando-os ao afastamento do trabalho ou ao desempenho de práticas que facilitam a ocorrência de erros e/ou acidentes.

Em um hospital, por tratar-se de uma instituição em que são cuidados e tratados os problemas de saúde da população, imagina-se que seja um local onde deveriam existir condições adequadas para o exercício profissional. Mas, o que se observa são organizações que acabam sobrecarregando os trabalhadores por serem muito excessivamente exigentes, competitivas e burocratizadas, além disso, pode-se acrescentar a esse quadro o ambiente tenso pelas características próprias desses locais²⁵.

Como efeito, nos últimos anos, muito se tem falado de "humanização hospitalar", verificando-se que os estudos desenvolvidos sobre essa temática têm como objetivo primordial a qualidade de serviços prestados a quem procura e necessita de cuidados hospitalares, ou seja, os seus pacientes²⁷. E, mais uma vez, as condições de trabalho, a motivação e, em consequência, o bem-estar dos profissionais de saúde, têm sido deixados para segundo plano, mesmo tendo-se o conhecimento de que estes fatores interferem na assistência prestada aos pacientes²⁷.

Desta forma, os profissionais de enfermagem foram se organizando e deixando que os organizassem, assim, cuidam das pessoas sem nunca exigirem o direito de cuidar de si. Por isso, sempre se esperou que os enfermeiros cumprissem com a obrigação de cuidar fosse em que circunstâncias fosse⁴⁴.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório-descritivo não probabilístico. A pesquisa qualitativa se dedica à compreensão dos significados dos eventos, sem a necessidade de apoiar-se em informações estatísticas. Geralmente analisa pequenas amostras não necessariamente representativas da população, procurando entender as coisas, em vez de mensurá-las. Sendo assim, justificou-se o uso deste método pela subjetividade das respostas do instrumento de avaliação que foi utilizado durante a pesquisa. Como as variáveis se mostram difíceis de serem quantificadas procuramos investigar a subjetividade dos sujeitos da pesquisa²⁹.

Na pesquisa quantitativa, a base científica vem do Positivismo, que durante muito tempo foi sinônimo de Ciência, considerada como investigação objetiva que se baseava em variáveis mensuráveis e proposições prováveis. Segundo Malhotra²⁶ “A pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplicar alguma forma de análise estatística”^{26:155}. Assim, esse tipo de pesquisa foi utilizada para analisar e demonstrar os dados coletados através do instrumento (questionário) durante o estágio supervisionado.

Como o próprio nome sugere, a pesquisa qualitativa e quantitativa representam a combinação das duas citadas modalidades, utilizando em parte do trabalho a visão positivista, e em outra parte a visão fenomenológica, aproveitando-se o que há de melhor em cada uma delas².

A pesquisa abordou questões que foram expressas por variáveis exploratórias e também utilizamos a análise descritiva. Segundo Gil¹⁹:

“A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema^{19:45}. [...] a pesquisa descritiva adota como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”^{19:46}.

Assim, a amostragem do presente estudo (profissionais de Enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra-MCD) foi escolhida intencionalmente pelos pesquisadores e não representa uma parcela significativa de toda a população, o que caracteriza uma amostragem não probabilística²⁹.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Carmela Dutra, que é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e está localizada no centro da cidade de Florianópolis, SC. Inaugurada em 03 de julho de 1955, presta atendimento integral à mulheres nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital, com ênfase nas especialidades obstétrica, ginecológica e oncológica, bem como à recém-nascidos, sendo esta clientela 100% usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Santa Catarina.

É Referência Estadual em Saúde da Mulher desde 1993 e, em 1996 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança concedido pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em 1997, a Maternidade criou o um Programa de Controle de Infecção Hospitalar, obtendo também o título em Acreditação de Infecção Hospitalar. É uma maternidade escola, servindo de campo de estágio para acadêmicos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, além de outros cursos de nível médio. Também desenvolve residência médica em Ginecologia e Obstetrícia¹¹.

Atualmente possui um total de 126 leitos, sendo 35 leitos destinados à puérperas com seus recém-nascidos (sistema alojamento conjunto), sete leitos para gestantes de alto risco, 33 leitos destinados ao tratamento clínico/cirúrgico do câncer e outras patologias relacionadas à ginecologia e obstetrícia, 16 leitos destinados à puérperas de parto cesárea ou para mães dos recém-nascidos que necessitam de cuidados na unidade de terapia intensiva neonatal, que conta com 24 leitos destinados aos recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos ou semi - intensivos, e o centro cirúrgico, equipado com seis salas cirúrgicas, sendo que duas inutilizadas, duas para cirurgias obstétricas e duas para cirurgias diversas relacionada a saúde da mulher.

O Centro Obstétrico, cenário do estudo, possui um total de 24 servidores de enfermagem dos quais duas são enfermeiras, 15 técnicos em enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e uma atendente de enfermagem. O CO contempla em sua estrutura física duas salas de parto, sete leitos pré-parto, um posto de enfermagem, sala de escrituração, uma sala de recepção das gestantes e acompanhantes, quatro banheiros, sendo dois para pacientes e dois para funcionários, uma sala de cuidados do recém-nascido, um expurgo, um vestiário para profissionais e estudantes, além de uma copa.

Segundo Relatório de Produção Geral⁴⁰, a Maternidade realizou a média mensal de 555 internações, 171 partos normais, 107 cesarianas, obteve 279 nascimentos, 04 óbitos registrados de recém-nascidos e nenhuma morte de mulher gestante ou puérpera.

4.3 Cuidados éticos de pesquisa com seres humanos

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, asseguramos o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia e beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

O profissional que aceitou voluntariamente participar da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). (apêndice A). O termo contém uma breve explicação da pesquisa desenvolvida, sua importância, seus autores e oferece total sigilo de identidades mediante assinatura do documento para participação na pesquisa. Os dados coletados foram sigilosamente armazenados no disco rígido do computador utilizado pelos pesquisadores, sendo que as informações impressas serão arquivadas sob posse dos mesmos por um prazo de quatro meses, após a finalização da pesquisa.

A aprovação pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Maternidade Carmela Dutra, foi recebida no dia 26/02/2010, através do parecer de número 0003.0.233.233-10.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Profissionais da área de Enfermagem da unidade de Centro Obstétrico de uma maternidade pública do Estado de SC. Segundo esse critérios de inclusão foram selecionados:

- Profissionais da equipe de Enfermagem (Enfermeiros, Tec. de Enfermagem e Aux. de Enfermagem) do centro obstétrico;

A quantidade de profissionais da equipe de Enfermagem no C.O. totalizam 24 pessoas, sendo duas enfermeiras, 15 técnicos em enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e uma atendente de enfermagem, todos do sexo feminino com idade entre 25 à 55 anos.

4.5 Coleta de dados

Após esclarecimento acerca da pesquisa e seus objetivos, todos os profissionais de Enfermagem da unidade hospitalar em questão foram convidados a participar. Objetivou-se alcançar a máxima participação dos funcionários. Alçamos a participação de 66,6% (16 profissionais) da equipe, devido a taxa de absenteísmo (por motivo de férias ou licença) no período da coleta de dados.

Aos profissionais que se dispuseram participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após assinatura deste, foi entregue a versão traduzida do Questionário de Atitudes Seguras (SAQ), com as devidas orientações para o preenchimento, ressaltando o total anonimato dos participantes, visto que não faz parte dos objetivos qualquer forma de punição ou julgamento pessoal.

Foi solicitada a devolução do instrumento preenchido no prazo máximo de três (03) dias, ressaltando a importância desta devolução para posterior avaliação dos dados obtidos.

Para que todos os profissionais pudessem ser abordados e convidados, realizamos revezamento de horários contemplando os três turnos, tanto na entrega quanto no recolhimento do instrumento.

A coleta foi realizada no período compreendido entre os dias 15 março de 2010 a 12 de abril de 2010 durante o estágio supervisionado II do curso de Graduação de Enfermagem.

O instrumento de coleta foi o questionário internacional “*Safety Attitudes Questionnaire*”⁴⁹, (anexo A), construído e validado nos Estados Unidos por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), proveniente da Universidade do Texas. Esse instrumento é gratuito, de livre uso e encontra-se disponível (versão em inglês) no seguinte endereço eletrônico: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/education.html.

O questionário é a técnica mais utilizada de coleta de dados¹². O questionário constitui-se um meio de obter respostas sobre determinado assunto de maneira que o respondente forneça as informações de seu domínio e conhecimento¹². Um questionário compreende uma série de perguntas ordenadas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador. Todo questionário deve ser impessoal para garantir a uniformidade na avaliação de uma situação¹².

Desconhecemos a tradução feita para esse documento, então, nós autores deste estudo a providenciamos, conforme anexo B. Como não se trata de uma tradução oficial, utilizou-se

neste estudo com a limitação de ser um instrumento ainda sem a definição de propriedades psicométricas de versão em português.

Este instrumento é composto por uma questão inicial que se refere à comunicação entre a equipe multidisciplinar, com seis possibilidades de resposta disponíveis (Muito pouco, pouco, adequado, alto, muito alto e não se aplica). Abaixo desta questão iniciam-se 58 itens que se referem ao clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do profissional quanto à gerência da unidade, clima de segurança, condições de trabalho e fatores estressores. As possibilidades de resposta são: discordo fortemente, discordo, neutro, concordo e concordo fortemente. Por último segue as informações gerais que contemplam questões relacionadas à função do entrevistado como idade, sexo, raça, nacionalidade, tipo de contrato e tempo de trabalho, experiência na área de obstetrícia, além de espaço para comentários e recomendações que poderiam melhorar a segurança das pacientes. Essa última parte nos possibilitou realizar a caracterização da amostragem da pesquisa.

4.6 Organização e Análise dos Dados

Foi aplicada a técnica de análise de conteúdo para os dados encontrados a partir dos questionários respondidos pelos profissionais de Enfermagem, orientada por Bardin⁴.

A análise de conteúdo é:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”^{4:42}.

Os dados encontrados foram organizados através da categorização. A categorização é:

“Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”^{4:117}.

Classificar elementos em categorias impõe a investigação de que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles⁴.

A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário, que consiste em isolar os elementos e a classificação, que consiste em repartir os elementos, e, portanto procurar ou impor certa organização às mensagens.

Agrupamos cada item, conforme sua natureza, e denominamos os grupos em percepção do profissional quanto à gerência da unidade, condições de trabalho, clima de segurança, fatores estressores, satisfação profissional e clima de trabalho em equipe.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATORIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas da uma revista de escolha dos acadêmicos e orientador, nesse caso a revista Latino – Americana de Enfermagem. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

CULTURA DA SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO OBSTÉTRICO¹

Ana Paula Hoch²

Leandro Jose Vilamil²

Sabrina Dyeme da Silva Martins²,

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

¹ Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmico (as) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

³ Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Resumo

Estudo de natureza qualitativa e quantitativa do tipo exploratório-descritivo não probabilístico, com objetivo de identificar e avaliar a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico de uma Maternidade Pública de Santa Catarina. A população estudada constituiu-se de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do centro obstétrico. Na coleta de dados empregou-se a versão traduzida do questionário internacional “*Safety Attitudes Questionnaire*”, proveniente da Universidade do Texas. Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizada a análise estatística, frequência relativa e absoluta. E para os dados qualitativos foi utilizada a técnica da análise temática ou categorial de Bardin. Constatou-se que a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico apresenta riscos ocasionados por interferências diversas em seu ambiente de trabalho, mas apesar dos riscos se mostra consciente de sua responsabilidade no cuidado ao binômio mãe-filho. Com isso percebeu-se a importância de identificar precocemente fatores que possam gerar desequilíbrio ao clima de segurança existente na equipe a fim de difundir e valorizar a informação, encorajar profissionais a identificar a raiz do problema, evitando incidentes que possam causar danos aos pacientes durante o processo de cuidado no centro obstétrico.

Descritores: Cultura em Enfermagem, Segurança, Segurança em Obstetrícia.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema discutido internacionalmente e tem sido alvo de preocupações dos mais diversos órgãos da saúde. A segurança dos doentes, principalmente as conseqüências que resultam das “falhas” é, sem sombra de dúvidas, um dos temas mais sensíveis e delicados de abordar na área da saúde.

Dados do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA) em 1999, indicam que erros associados à assistência à saúde causavam entre 44 mil e 98 mil disfunções a cada ano nos hospitais daquele país. Diante disso, em maio de 2002, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA 55.18, que solicita aos Estados-Membros uma maior atenção diante do problema, além de estabelecer e fortalecer os sistemas de base científica necessária para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em resposta à resolução da Assembléia Mundial da Saúde de 2002 (Resolução 55.18). É uma aliança composta por organizações internacionais, e tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais².

Percebemos que apesar dos estudos escassos, no Brasil, há uma preocupação dos órgãos competentes para a sensibilização através de projetos e oficinas reafirmando um compromisso no que refere à segurança do paciente. Mesmo sendo um assunto que preocupa profissionais de saúde em âmbito mundial, muitas vezes a segurança do paciente ainda é alvo de negligência. E que, apesar do crescente interesse pela segurança dos doentes, ainda encontramos uma falha comum no que diz respeito à consciência relacionada com este tipo de problema³.

Grandes estudos epidemiológicos conduzidos em países desenvolvidos demonstram que o ambiente, a cultura, as relações e a complexidade do sistema culminam na ocorrência de inúmeros erros e eventos adversos evitáveis, que comprometem a segurança do paciente, ocasionando mortes ou sequelas⁴. Com isso ressaltamos a importância do conhecimento teórico sobre a cultura em seu significado denotativo, pois através disto não haverá interferência de nossa própria cultura.

Neste sentido, a cultura da segurança é entendida como o suporte e a forma para as atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição desta em detectar e aprender a partir dos erros⁵⁻⁶.

No contexto da atenção obstétrica e neonatal, a temática segurança do paciente, também tem sido objeto de atenção nos últimos anos. Em especial no que se refere à segurança do paciente na sala de parto e no puerpério. Devido ao desenvolvimento científico e aos avanços tecnológicos assiste-se, a uma mudança que se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o atendimento seguro ao parto e puerpério.

Assim, acreditamos que estudar a cultura da segurança da paciente em maternidade requer ações seguras de Enfermagem em seu atendimento, evitando riscos e danos à saúde materna e neo-natal.

Mediante o exposto emerge a seguinte questão norteadora: Qual a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico?

Para obtermos resposta a esta questão estabelecemos como objetivo do presente estudo: identificar e analisar a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico de uma Maternidade Pública do Estado de Santa Catarina.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório-descritivo não probabilístico, realizado com profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico (CO) de uma maternidade pública de Santa Catarina, que concordaram em participar do estudo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. No dia 26/02/2010 recebemos a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Maternidade, através do parecer de número 0003.0.233.233-10.

Após exposição acerca da pesquisa e seus objetivos, todos os profissionais de Enfermagem da unidade hospitalar em questão foram convidados a participar. Objetivou-se alcançar a totalidade de participação dos 24 servidores. Alcançamos a participação de 66,6% (16 profissionais) da equipe, devido à quantidade de servidores em férias, licença prêmio e licença para tratamento de saúde no período da coleta de dados. Os profissionais que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice A)

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes Seguras (SAQ) na versão traduzida pelos autores (Anexo B) do instrumento internacional “*Safety Attitudes Questionnaire*” (anexo A), construído e validado nos Estados Unidos por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), proveniente da Universidade do Texas. Este instrumento é gratuito, de livre uso e encontra-se disponível (versão em inglês) no seguinte endereço eletrônico: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/education.html. Desconhecemos a tradução feita para esse documento, então, nós autores deste estudo a providenciamos.

O SAQ é composto por duas partes, sendo uma de natureza quantitativa englobando 58 categorias objetivas, e a outra de natureza qualitativa, com 10 questões abertas. De maneira geral, o SAQ abrange dimensões como: percepção do profissional quanto a gerência da unidade, condições de trabalho, clima de segurança, fatores estressores, satisfação profissional e clima de trabalho em equipe.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os dias 15 de março à 12 de abril de 2010, durante o estágio supervisionado II do curso de Graduação de Enfermagem. Para que todos os profissionais pudessem ser incluídos na pesquisa, convidados e orientados quanto ao preenchimento do SAQ, realizamos revezamento de horários contemplando os três turnos de trabalho. Procedemos à entrega do questionário pessoalmente para cada participante, juntamente com o TCLE, reforçando que o preenchimento deveria ser individual. Realizamos, também pessoalmente, o recolhimento do instrumento assim que preenchido pelo participante, reafirmando que seria mantido o anonimato.

Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizada a análise estatística descritiva - frequência relativa e absoluta (Excel). Para os dados qualitativos usou-se a técnica de análise temática ou categorial de Bardin (2002), que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

3. RESULTADOS

A população estudada foi composta por dezesseis (16) profissionais da equipe de enfermagem que atuam em centro obstétrico. Destes, todos eram do sexo feminino, sendo uma atendente, duas auxiliares e 13 técnicas em enfermagem e duas enfermeiras, ambas assistenciais, sendo que uma também desempenha a função de gerência do CO. Quatorze profissionais afirmaram ser do grupo étnico “branco”, uma do “negro” e uma “multiétnica”,

sendo as dezesseis com nacionalidade brasileira. Em relação à idade atual, sete ficaram na faixa entre 25 e 35 anos, três entre 36 e 45 anos e seis entre 46 e 55 anos. Quanto ao tempo de experiência na especialidade obstétrica, duas tinham menos de 1 ano, quatro tinham entre 1 e 5 anos e as outras dez mais de 6 anos, chegando ao limite de 32 anos de experiência na área. Quanto ao tempo de trabalho na Maternidade, não necessariamente no CO, quatro referiram menos de 1 ano, cinco entre 1 e 5 anos e sete entre 6 e 23 anos de trabalho na Instituição.

Quantitativamente foi realizado a categorização dos dados, sendo agrupado em categorias com base nas dimensões: percepção do profissional quanto à gerência da unidade, condições de trabalho, clima de segurança, fatores estressores, satisfação profissional e clima de trabalho em equipe.

A seguir apresentamos as tabelas de distribuições dos entrevistados com a frequência relativa (FR) e absoluta (FA) das respostas conforme as seguintes opções de resposta: discordo fortemente (DF), discordo (D), neutro (N), concordo (C) e concordo fortemente (CF). Logo abaixo, encontra-se a primeira tabela relacionada à percepção dos profissionais da Equipe de Enfermagem em relação à gerência da unidade:

TABELA 1- Percepção dos profissionais quanto à gerência da unidade. Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
6	Este hospital faz um bom treinamento com o novo pessoal	1	6,3	5	31,3	2	12,5	6	37,5	2	12,5
9	A administração deste hospital apóia meus esforços diários	1	6,3	2	12,5	7	43,8	5	31,3	1	6,3
10	A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	0	0	3	18,8	8	50	5	31,3	0	0
11	Eu recebo um feedback apropriado sobre o meu desempenho	0	0	4	25	5	31,3	7	43,8	0	0
17	A administração hospitalar não está conscientemente comprometida com a segurança do paciente	1	6,3	2	12,5	7	43,8	6	37,5	0	0
22	Esse hospital lida construtivamente com os problemas clínicos e dos profissionais	1	6,3	4	25	7	43,8	4	25	0	0
42	Estagiários na minha área estão adequadamente supervisionados	0	0	3	18,8	3	18,8	8	50	2	12,5
45	A chefia nessa área do hospital está fazendo um bom trabalho	0	0	1	6,3	2	12,5	10	62,5	3	18,8

Em relação a administração hospitalar estar desenvolvendo bom trabalho, 50% dos entrevistados mantiveram-se neutros e 31,3% concordaram com esse item. E concordaram 62,5% que a chefia do hospital está fazendo um bom trabalho. Quanto aos estagiários atuantes nessa área serem bem supervisionados, verificou-se que 50% da população estudada concordaram com esse item.

Com relação às condições de trabalho 56,3% dos que responderam à pesquisa concordaram que a sobrecarga de trabalho são comuns nessa área clínica. E dos dezesseis profissionais, dez (62,5%) discordaram de que há profissionais suficientes para o atendimento a pacientes no ambiente em que trabalham. E discordaram 56,3%, que sentem-se completamente estressados com seu trabalho.

TABELA 2 – Percepção dos profissionais quanto às condições de trabalho. Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
1	Sobrecarga de trabalho são comuns nessa área clínica	1	6,3	2	12,5	2	12,5	9	56,3	2	12,5
18	Os índices de profissionais nessa área do hospital são suficientes para atender o número de pacientes	5	31,3	10	62,5	1	6,3	0	0	0	0
23	O equipamento médico nessa área hospitalar é adequado	2	12,5	4	25	5	31,3	5	31,3	0	0
49	Eu me sinto completamente estressado com meu trabalho	4	25	9	56,3	2	12,5	1	6,3	0	0

Todos os profissionais concordam que é importante para segurança do paciente explicar/orientar o paciente antes do procedimento, como mostra a tabela 2.

TABELA 3 - Percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança. Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
4	Eu me sentiria segura caso fosse tratada aqui como paciente	0	0	1	6,3	5	31,3	7	43,8	3	18,8
5	Erros médicos são manuseados apropriadamente nesta área hospitalar	0	0	2	12,5	11	68,8	3	18,8	0	0
12	Nesta área hospitalar é difícil discutir erros	1	6,3	2	12,5	7	43,8	5	31,3	1	6,3
13	Explicar/orientar o paciente antes do procedimento (ex. intubação, punção) é importante para segurança do paciente	0	0	0	0	0	0	3	18,8	13	81,3
21	A cultura nessa área do hospital torna fácil de aprender com os erros dos outros.	0	0	1	6,3	7	43,8	8	50	0	0
27	Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que tem o potencial de prejudicar o paciente	1	6,3	6	37,5	7	43,8	2	12,5	0	0
28	Eu sei os canais adequados para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área hospitalar	1	6,3	0	0	6	37,5	9	56,3	0	0
32	Eu estou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis	0	0	2	12,5	3	18,8	10	62,5	1	6,3
36	Intervenções na continuidade do cuidado (mudança de turno, transferir paciente, etc) podem ser prejudicial à segurança do paciente	0	0	3	18,8	5	31,3	6	37,5	2	12,5
44	Eu cometi erros que tiveram potencial para prejudicar o paciente	9	56,3	6	37,5	0	0	1	6,3	0	0
46	Todas as pessoas na minha área hospitalar tem responsabilidade com a segurança do paciente	0	0	2	12,5	4	25	6	37,5	4	25
48	A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesse hospital	0	0	4	25	4	25	7	43,8	1	6,3
51	Há uma aderência generalizada aos protocolos de cuidados clínicos e aos critérios baseados nas evidências em torno da segurança do paciente	1	6,3	0	0	8	50	6	37,5	1	6,3
55	Freqüentemente o pessoal discorda das regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento / vias clínicas, campo estéril / esterilização que esteja estabelecida para essa área hospitalar)	4	25	6	37,5	2	12,5	4	25	0	0

Em relação à cultura nessa área do hospital 50% dos participantes da pesquisa concordaram que torna-se fácil aprender com os erros dos outros, mantiveram-se neutros 43,8% e somente uma pessoa discordou. Com relação em ver outras pessoas cometerem erro com potencial de prejudicar a paciente 43,8% dos profissionais preferiram se manter neutros e 37,5% disseram que discordam em ter visto. E 12,5% responderam já ter visto esse tipo de erro.

Referente a seu próprio erro 93,8% da população estudada discordaram em ter cometido erros que pudessem prejudicar a paciente e somente uma afirmou que cometeu erro potencial para prejudicar a segurança da paciente. Segundo tabela 2, 62,5% concordam que estão mais propensos a cometer erros em situações tensas ou hostis. E mantiveram-se neutros 68,8% dos trabalhadores quanto à questões de erros médicos serem tratados adequadamente nessa área hospitalar e 18,8% concordaram com a afirmativa.

Afirmaram, 56,3% dos profissionais que sabem os canais adequados para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área hospitalar. E 62,5% discordam que os profissionais frequentemente discordam das regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento / vias clínicas, campo estéril / esterilização que esteja estabelecida para essa área hospitalar).

Cerca de 62,5% dos profissionais concordaram que sentiriam-se seguros caso fossem tratados no mesmo ambiente em que trabalham.

TABELA 4 – Percepção dos profissionais quanto aos fatores estressores. Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
7	Todas as informações necessárias para diagnósticos e decisões terapêuticas estão disponíveis para mim	0	0	6	37,5	5	31,3	5	31,3	0	0
14	Orientações são comuns nessa área hospitalar	0	0	0	0	1	6,3	8	50	7	43,8
16	O cansaço impede meu desempenho durante situações de emergência (ex. ressuscitação de emergência, hemorragia)	4	25	6	37,5	3	18,8	1	6,3	2	12,5
24	Nessa área do hospital, é difícil falar/conversar se percebo um problema relacionado ao cuidado do paciente	0	0	8	50	3	18,8	4	25	1	6,3
25	Quando minha carga de trabalho se torna excessiva meu desempenho é prejudicado	1	6,3	5	31,3	0	0	8	50	2	12,5
26	Eu recebo informações adequadas em tempo hábil sobre os eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho	1	6,3	5	31,3	4	25	5	31,3	1	6,3
31	Eu sou menos eficaz no trabalho quando estou cansado	0	0	4	25	2	18,8	9	62,5	1	6,3
33	O estresse por problemas pessoais adversos afetam meu desempenho/minha performance	1	6,3	6	7,5	3	18,8	6	37,5	0	0
39	Eu sou frequentemente impedida de expressar minhas opiniões contrárias as da chefia	1	6,3	9	56,3	2	12,5	4	25	0	0
40	Verdadeiros profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando	1	6,3	6	37,5	0	0	7	43,8	2	12,5
47	Eu sinto cansaço quando acordo pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	2	12,5	7	43,8	2	12,5	5	31,3	0	0
50	Informações importantes são bem comunicadas nas mudanças de turnos	0	0	2	12,5	4	25	8	50	2	12,5
54	Informações obtidas por meio de relatórios de incidentes são usadas para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nessa área hospitalar.	1	6,3	2	12,5	8	50	5	31,3	0	0
57	Falhas de comunicação que levam a atrasos no início dos procedimentos cirúrgicos são comuns	1	6,3	5	31,3	6	37,5	4	25	0	0

Nos dados da tabela 4, relacionados a fatores estressores, verificou-se que 50% concordaram, 18,8% permaneceram neutros em suas respostas e só 25% concordaram ter dificuldade de relatar/conversar quando percebem algum problema relacionado ao cuidado do paciente. Nota-se que 50% responderam que informações relevantes sobre o paciente são bem comunicadas nas trocas de turnos, e 50% concordaram 43,8% concordaram fortemente que orientações são comuns nessa área hospitalar. E ainda 56,3% discordaram e 6,3% discordaram fortemente que são impedidos de expressar suas opiniões contrárias à da chefia. Evidenciou-se também que 31,3% responderam que discordam 37,5% permaneceram neutros ou não quiseram responder e somente 25% concordaram que as falhas na comunicação que atrasam procedimentos cirúrgicos são comuns. Além disso, 50% responderam neutro quando

questionados se os profissionais utilizam informações contidas no prontuário para tornar o cuidado mais seguro.

TABELA 5 - Percepção dos profissionais quanto à satisfação profissional. Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
2	Eu gosto do meu trabalho	0	0	0	0	0	0	6	37,5	10	62,5
8	Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	0	0	0	0	2	12,5	12	75	2	12,5
15	Esse hospital é um bom lugar para trabalhar	1	6,3	0	0	2	12,5	8	50	5	31,3
29	Eu estou orgulhoso de trabalhar neste hospital	0	0	0	0	2	12,5	8	50	6	37,5
41	Moral nessa área hospitalar é alta	0	0	2	12,5	6	37,5	8	50	0	0
52	Eu me sinto frustrado com meu trabalho	7	43,8	7	43,8	1	6,3	1	6,3	0	0

Observando a tabela 5, evidenciou-se que 37,5% concordaram e 62,5% concordaram fortemente que gostam do seu trabalho equacionado 100% de profissionais satisfeitos, 50% concordaram, 31,3% concordaram fortemente, e apenas 6,3% discordaram que a instituição seja um bom lugar para trabalhar e podemos ressaltar ainda que 75% concordaram e 12,5 % concordaram fortemente que trabalhar na instituição é como fazer parte de uma família. Assim também podemos dizer que a moral dos profissionais que participaram da pesquisa é alta, pois 50% responderam que concordam com essa afirmativa, ou seja, metade dos pesquisados, sendo que 37,5% permaneceram neutros em suas respostas. Desvela-se que 43,3% discordaram e 43,3% discordaram fortemente que estão frustrados com seu trabalho, e por fim, 50% concordaram e 37,5% concordam fortemente que sentem orgulho em trabalhar nessa instituição.

TABELA 6 - Percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe.
Florianópolis, SC, 2010.

Nº	QUESTÃO	DF		D		N		C		CF	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
3	A admissão de enfermeiros é bem recebida nessa área clínica	0	0	0	0	5	31,3	9	56,3	2	12,5
19	Decisões nessa área clínica do hospital levam em consideração a participação de profissional relevante	1	6,3	7	43,8	6	37,5	2	12,5	0	0
20	Eu sou encorajado pelos meus colegas a relatar qualquer preocupação/incerteza com a segurança do paciente que eu possa ter	1	6,3	3	18,8	1	6,3	9	56,3	2	12,5
30	Desentendimentos aqui são resolvidos adequadamente (não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	0	0	2	12,5	4	25	7	43,8	3	18,8
34	Eu tenho o apoio que necessito de outros profissionais para cuidar dos paciente(s)	0	0	0	0	0	0	12	75	4	25
37	Durante emergências eu posso prever o que o pessoal fará em seguida	0	0	0	0	6	37,5	10	62,5	0	0
38	Aqui médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	1	6,3	3	18,8	4	25	6	37,5	2	12,5
43	Eu sei o primeiro e o último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no meu último plantão	0	0	4	25	3	18,5	6	37,5	3	18,8
56	O cirurgião chefe / assistente do cirurgião deverão estar formalmente responsáveis pelo trabalho da equipe pessoal durante os procedimentos.	1	6,3	2	12,5	5	31,3	7	43,8	1	6,3

Os dados da tabela anterior evidenciaram que há um bom clima de trabalho em equipe, pois 56,3% concordaram e 12,5% concordaram fortemente que a admissão de enfermeiros é bem recebida na instituição, 75% concordaram e 25% concordaram fortemente que possuem o apoio necessário para cuidar do paciente, 56,3% concordaram, 12,5% concordaram fortemente e somente 18,8% discordaram que são encorajados pelos colegas para relatar qualquer preocupação ou incerteza que possam ter em relação à segurança do paciente.

Noutra faceta, 43,8% discordaram e 6,3% discordaram fortemente que as decisões nessa área clínica da instituição levam em consideração a participação de profissional relevante, além disso, 25% discordaram 6,3% discordaram fortemente, e 18,8% permaneceram neutros em suas respostas quando questionados se na instituição médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.

Qualitativamente foi realizada a categorização dos dados, sendo agrupados em cinco categorias que contemplam o conjunto de dados obtidos sobre as principais recomendações para melhorar a segurança do binômio mãe-filho no CO, as quais serão apresentadas a seguir.

Educação continuada

Quatro dos dez participantes da pesquisa que sugeriram ações para melhorar a segurança no CO citaram a necessidade de educação continuada tanto dos profissionais permanentes, como dos recém admitidos, como se evidenciou nas seguintes falas:

Treinamentos (educação continuada) (E1).

Pessoal qualificado (E4).

Melhorar as orientações aos profissionais admitidos quanto à humanização e desperdício de material (E5).

Treinamento constante (E10).

Recursos físicos e materiais

A maternidade em questão teve sua construção iniciada em 1945, sendo que muitas das normas hoje exigidas ainda não eram cobradas na época, e desde então a estrutura física, mais precisamente o CO, vem passando por reformas e readaptações do espaço, mais ainda está distante do esperado, pelo que observamos nas respostas de três dos dez sujeitos da pesquisa:

Melhoria do espaço físico (E1).

Espaço maior (E4).

Aumento do espaço físico (E7).

Um dos sujeitos citou a questão dos recursos materiais:

Aquisição de equipamentos novos (E7).

Recursos humanos

No que diz respeito a esta categoria, nove dos dez participantes que responderam a esta questão, citaram a falta de funcionários como um fator que põe em risco a segurança do paciente no CO em questão:

Mais funcionários (E3).

Mais pessoal (funcionários) (E7).

Alguns citaram de maneira mais específica a falta de pessoas no quadro de servidores da enfermagem, como vemos nas falas a seguir:

Enfermeiros em tempo integral, inclusive noturno (E1).

Contratação de mais funcionários (téc. enfermagem) (E4).

Enfermeira 24 horas (E9).

Outros participantes manifestaram descontentamento em relação ao contingente médico:

Médicos staff mais presentes na sala de parto (E2).

Pediatra 24 horas no CO (E5).

Mais obstetras para ajudar nos procedimentos (parto) (E6).

Mais residentes, com menos carga horária (E8).

Maior supervisão de residentes e estagiários de medicina; (E9).

E em relação ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, se evidencia a seguinte fala:

Seguir as rotinas instituídas (E10).

Relacionamento interpessoal

Em relação a esta categoria tivemos as seguintes respostas:

Ter um bom contato com todos da equipe (E8).

Valorização do trabalho multidisciplinar (E10).

Humanização

No que diz respeito à humanização, os sujeitos referiram as seguintes opiniões:

Respeitar sua individualidade e cultura (E3).

Respeitar a hora de nascimento de cada mulher (E5).

Ainda na abrangência da humanização, temos o fator comunicação, que também foi citado pelos participantes:

Explicar para paciente sempre o que está fazendo;/Escutar queixas da paciente (tipo alergia medicamentosa) (E8.)

Estabelecer vínculos com a paciente (E3).

4. DISCUSSÃO

Os dados obtidos na tabela 1, referentes à gerência da unidade, indicam que 50% dos profissionais preferiram se manter neutros quanto à qualidade do trabalho desenvolvido pela administração hospitalar. Dos 16 somente cinco acreditam que estão fazendo um bom trabalho. Os administradores precisam saber o que é realmente qualidade, ensinar isso a todos da organização e ouvir atentamente qualquer funcionário que tenha uma idéia quanto ao aperfeiçoamento no trabalho. Da mesma forma, um profissional na instituição deve ser orientado ficando claro que é em seu próprio benefício a busca de um trabalho qualificado⁷.

Quanto à supervisão de estagiários, 50% concordaram que há uma boa supervisão no CO dos mesmos, em contrapartida nas sugestões dos profissionais em relação evidenciamos uma discordância em relação a boa supervisão dos estagiários e residentes da medicina, tendo sido levantada a questão de maior supervisão dos mesmos como um fator que aumentaria a segurança da paciente no CO. Segundo o Ministério da Saúde⁸ a supervisão é um processo educativo e contínuo, que para manter a qualidade dos serviços prestados deve munir-se de motivação e orientação aos supervisionados na execução de atividades com base em normas, contribuindo assim para a qualidade na assistência e aprendizado do estagiário.

O excesso de trabalho é outro motivo que interfere diretamente na qualidade do trabalho prestado. O mesmo, em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte frequente de estresse. Entende-se por sobrecarga quantitativa o excesso de atividades a realizar em um determinado tempo e a sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador. Por outro lado, o trabalho muito leve pode também gerar um estressor⁹. A partir dos dados analisados na tabela 2, percebemos que há uma sobrecarga de trabalho no local com profissionais insuficientes para o atendimento às pacientes. Porém, a maioria dos que responderam a pesquisa (56,3%) não consideram-se completamente estressados. Apesar de ainda não sentirem o estresse, há fatores que predispõe ao estresse, como a escassez de pessoal para atender ao fluxo de pacientes e a sobrecarga de trabalho. Fatores que geram tensão em toda a equipe, e que futuramente poderá acarretar danos de saúde aos profissionais vítimas da sobrecarga e em consequência disso um dano na sua qualidade do cuidado.

A partir dos dados da tabela 3, constatamos que todos os profissionais sabem da importância de explicar/orientar o paciente antes do procedimento. Essa atitude deve ser uma prática da área da saúde. No local de estudo percebemos que essa ação é empregada pela equipe demonstrando respeito a paciente mantendo-a informada do que estão fazendo, além

de que diminui a ansiedade da paciente, cria vínculos para a boa comunicação e mantém a qualidade da assistência. É importante que o profissional saiba quais são os seus deveres e que além de saber também deve cumpri-los.

No CO 50% dos profissionais de Enfermagem concordaram que devido à cultura do local é fácil aprender com o erro dos outros e 43,8% mantiveram-se como neutros, demonstrando que ao ver o erro é fácil corrigir em si mesmo o que difere quando o erro parte de si próprio acarretando um 'vício' que muitas vezes é difícil de corrigir. Além de que, independente da cultura do ser humano, existe a maneira correta de se realizar técnicas de procedimentos e todos devem ter conhecimento disso.

Com relação a ver outras pessoas cometerem erro com potencial de prejudicar a paciente, apenas 12,5% responderam já ter visto esse tipo de erro. Apesar de pequeno, constatou-se uma porcentagem, evidenciando um fator de risco para a qualidade da segurança.

O ambiente seguro em uma instituição satisfaz as necessidades básicas, reduz os perigos físicos, a transmissão de patógenos é menor, mantém-se as condições sanitárias e a poluição é controlada¹⁰. Porém, a falta de segurança predispõe ao erro. Referente a seu próprio erro 93,8% da população estudada discordaram em ter cometido erros que pudessem prejudicar a paciente e somente uma afirmou que cometeu erro potencial para prejudicar a segurança da paciente. Muitas vezes, dependendo da situação, não é possível impedir o erro, por isso na presença de tal deve-se minimizar o máximo as suas consequências.

Segundo tabela 3, 62,5% concordaram que estão mais propensos a cometer erros em situações tensas ou hostis. Acreditamos que ninguém está imune ao erro, ainda mais se há condições inadequadas de trabalho ou fatores estressores que diminuam o desempenho do profissional. É importante que se saiba as atitudes a serem tomadas quando o erro estiver sido instalado para evitar o risco de uma gravidade maior. No ambiente da pesquisa 18,8% da

população estudada acredita que às questões de erros médicos são tratados adequadamente nessa área hospitalar. O que facilita e minimiza os danos ocasionados pelos erros cometidos.

Afirmaram 56,3% dos profissionais que sabem os canais adequados para direcionar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área hospitalar. Todo profissional deve estar ciente das rotinas de sua instituição para que haja uma harmonização na assistência, e assim saber a melhor maneira de se informar quanto às possíveis dúvidas surgidas no decorrer de sua profissão. Discordaram 62,5% que os profissionais frequentemente discordam das regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento / vias clínicas, campo estéril / esterilização) que esteja estabelecida para essa área hospitalar. É importante que a equipe saiba da existência das regras e de cumprí-las, pois assim os resultados esperados não serão motivos de surpresa e sim de trabalho realizado corretamente.

Cerca de 62,5% dos profissionais concordaram que sentiriam-se seguros caso fossem tratados no mesmo ambiente em que trabalham. Isso reflete a confiança que os profissionais sentem em seu próprio local de trabalho, espelho de suas atitudes. Aqui cabe ressaltar que para responder esta pergunta, os participantes tenham levado em consideração o CO como um todo, principalmente incluindo a equipe multidisciplinar que presta cuidados, o que pode ter influenciado nas respostas.

A influência real que produz o estresse, seja física, psicológica ou sociocultural é denominada fator estressante ou fatores estressores. A cultura pode proteger o indivíduo do estresse, como torná-lo mais vulnerável ao mesmo, ou seja, determinados valores, crenças e práticas culturais podem proporcionar o aumento dos fatores estressores aos quais a equipe está exposta¹¹. Podemos observar que dados da tabela 4, reforçam que os profissionais concordam que manter a prática cultural da informação entre a equipe multiprofissional, pacientes e familiares, isso reflete na segurança do paciente proporcionando baixo nível de

estresse. Pois, a disposição dos colaboradores para relatar depende das crenças de que as autoridades da instituição aliviam a tensão quando a informação é intercambiada, pois aqueles com autoridade respeitam o conhecimento dos colaboradores, assim podemos afirmar que a instituição apóia uma cultura flexível¹²⁻¹³, onde os profissionais têm liberdade de expor suas opiniões acerca dos problemas relacionados à segurança dos pacientes.

Assim, podemos afirmar que a prática cultural da comunicação e da informação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares contribui para diminuir os fatores estressores entre a equipe, e conseqüentemente proporciona segurança no cuidado prestado ao paciente, pois uma cultura informada é uma cultura segura¹⁴.

Reportando-nos à tabela 5, podemos refletir que um bom ambiente de trabalho onde a equipe trabalha satisfeita com a atividade que exerce e sente orgulho em colaborar com a instituição, reflete de forma positiva no processo de cuidado prestado, proporcionando assistência segura ao paciente. Com isso podemos afirmar que o maior contingente dos profissionais pesquisados estão satisfeitos com seu trabalho, e que essa satisfação influencia no processo de assistência segura ao paciente, pois a instituição estabelece um ambiente de segurança através de uma cultura justa e aberta, onde os profissionais sentem-se satisfeitos pelo trabalho que exercem, favorece o processo de cuidado seguro ao paciente¹²⁻¹³.

Em relação ao clima de trabalho em equipe mencionados na tabela 6, evidenciou-se aspectos que contribuem para melhorar o envolvimento entre a equipe que presta cuidado ao paciente a fim de proporcionar a troca de experiências e saberes tornando o ambiente e assistência mais seguros ao paciente, pois a *National Patient Safety Agency*, preconiza alguns passos que poderiam ser utilizados como estratégias para promover a segurança dos pacientes dentre eles, estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa¹²⁻¹³.

Assim, adotar ações e estratégias para promover a segurança do paciente, requer a interiorização de uma cultura de segurança, liderança forte e espírito de coesão entre os profissionais de saúde, bem como um elevado nível de comprometimento entre diferentes profissionais e serviços/departamentos que constituem toda a rede de cuidados de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Várias foram as sugestões dos entrevistados sobre os fatores que aumentariam a segurança do binômio mãe filho no CO, dentre elas temos a Educação Continuada, que é vista por SILVA et al. (1986) como um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional¹⁷. Esta atividade facilita a transformação do potencial do empregado em comportamentos objetivos e favorece o desenvolvimento de uma consciência crítica com possibilidades de ver e analisar melhor a realidade em que está inserido¹⁸. A educação tem como objetivo facilitar o desenvolvimento do indivíduo em algum aspecto, para que se sinta crescendo enquanto pessoa e, portanto impulsionando a evolução do seu local de trabalho e da própria sociedade.

Atualmente para a construção de Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) é preciso atender os requisitos de diversas leis, tanto municipais quanto estaduais, incluindo normas do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais, como a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Resolução Diretoria Colegiada/50 – RDC/50, uma das principais diretrizes, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS¹⁹. Abordamos este assunto pelo fato de a questão dos recursos físicos e materiais terem sido citadas pelos sujeitos.

Também consideramos de suma importância o papel do enfermeiro na proposição e planejamento da área física, pois a visão da equipe profissional especializada em construção, engenheiros e arquitetos não é suficiente para reconhecer as necessidades assistenciais e as atividades que devam ser desenvolvidas pela equipe de saúde. O EAS em questão teve sua

construção iniciada em 1945, sendo que muitas das normas hoje exigidas ainda não eram cobradas na época, e desde então a estrutura física, mais precisamente o CO, vem passando por reformas e readaptações do espaço, mais ainda está distante do esperado, como vimos nas falas já citadas.

As normas hoje estabelecidas para construção de EAS, mais precisamente a RDC-50¹⁹, visam propiciar ao usuário e à equipe de saúde um ambiente adequado às atividades assistenciais programadas, sem riscos ou prejuízos à assistência, contribuindo para que a instituição atinja seus objetivos, sendo considerada de qualidade e oferecendo total segurança à clientela.

Não poderíamos deixar de dizer que, os avanços tecnológicos têm cada vez mais impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo mais atenção por parte dos profissionais de saúde, criando uma demanda crescente por recursos materiais. Assim, impõe-se a necessidade de os serviços de saúde manterem um fluxo de renovação desses recursos materiais, a fim de garantirem uma assistência contínua de qualidade, assegurando a quantidade e a qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem por em risco a sua segurança, bem como a segurança do paciente.

A partir das falas de nove dos dez participantes a cerca dos recursos humanos, percebemos que este é um ponto crucial na questão da segurança do paciente no CO do estudo. Denominamos recursos humanos (RH) o conjunto de empregados de uma instituição, neste caso, ao conjunto de profissionais que atuam num CO, mais precisamente profissionais de enfermagem e equipe médica. A função de recursos humanos é alinhar as políticas de RH com a estratégia da organização. Assim os funcionários recém admitidos devem receber informações quanto à filosofia, à política e à estrutura do hospital, os direitos e deveres e a planta física. Os mesmos devem ser ministrados na fase de adaptação do funcionário, quando

ele identifica as rotinas, as normas e os procedimentos de determinada instituição facilitando assim a sua integração²⁰. Acreditamos que não só os novos funcionários, mas a equipe em geral, deve estar ciente das rotinas estabelecidas em seu local de trabalho, por promover uma equidade no atendimento, favorecendo o clima de segurança institucional.

A questão “dimensionamento de pessoal de enfermagem” tem constituído, ao longo dos anos, grande foco de atenção, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde. Enfrentamos cada vez mais a necessidade de diminuir custos e aumentar a oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde, e via de regra, o quadro de funcionários com maior quantitativo é o da enfermagem, e conseqüentemente o que representa maior custo com pessoal nas instituições de saúde.

Por outro lado, a demanda de atendimento da clientela, com necessidades cada vez mais complexas, tem imprimido sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe de enfermagem, dificultando e influenciando a questão da segurança do paciente. Este aumento da complexidade do cuidado exige a presença do enfermeiro em tempo integral nas unidades, sendo que isto foi apresentado como sugestão pelos participantes da pesquisa como um fator que aumentaria a segurança.

Mas não só em relação à equipe de enfermagem manifestou-se descontentamento por parte dos entrevistados, o contingente médico também deixa a desejar. Sabemos que a segurança do paciente, mais especificamente do binômio mãe filho, está diretamente ligada com as condições de quem presta a assistência, e diante deste contexto, as chefias dos serviços devem buscar instrumentos que possibilitem uma melhor gerencia dos recursos humanos sob sua responsabilidade, realizando um bom planejamento, alocação, distribuição e controle do pessoal, bem como assumindo um papel relevante na negociação do quadro de pessoal e no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde²¹.

Ainda falando sobre os servidores da instituição, trazemos a questão das relações interpessoais, que também foram citadas pelos entrevistados. Este assunto teve como um de seus primeiros pesquisadores o psicólogo Kurt Lewin. MAILHIOT ao se referir a uma das pesquisas realizadas por esse psicólogo, afirma que ele chegou à constatação de que “A produtividade de um grupo e sua eficiência estão estreitamente relacionadas não somente com a competência de seus membros, mas, sobretudo com a solidariedade de suas relações interpessoais”^{22:66}. E como vimos nas falas já mencionadas, o relacionamento interpessoal da equipe foi citado pelos entrevistados como um fator que interfere na segurança do paciente.

É preciso lembrar que equipe não se restringe à coexistência de vários profissionais na mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, mas está associada à realização de uma tarefa ou trabalho compartilhado entre vários indivíduos que têm, nessa tarefa ou trabalho, um objetivo comum a alcançar²³. Porém, ressaltamos que reconhecer a necessidade da equipe multiprofissional não é suficiente para que o trabalho multidisciplinar aconteça, é preciso que cada profissional tenha sua importância reconhecida e seu trabalho seja valorizado dentro da equipe da qual faz parte.

Humanização, mais um ponto a ser abordado. Recentemente o Ministério da Saúde²⁴ (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, através da Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000, sendo estabelecidos os princípios e diretrizes para a estruturação desse programa, que ditam os direitos da gestante como: acompanhamento pré-natal, escolha da maternidade onde será atendida no parto, atendimento humanizado no parto e puerpério além da adequada assistência neonatal ao recém-nascido.

No Brasil o quadro de mudança ainda é muito lento, apesar da ampla campanha de Humanização do Parto, os procedimentos intervencionistas ainda são utilizados sem um verdadeiro protocolo na maioria das maternidades, no local do estudo isso foi evidenciado pelo alto índice de cesariana do local de estudo de 39,03%, no ano de 2009²⁵. Na maternidade

em questão, mas precisamente no CO, muitas dessas mudanças já podem ser observadas, porém ainda há pontos que precisam ser trabalhados e que ainda podem ser mudados, é o que evidenciamos em algumas das respostas dos participantes.

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Sendo assim, faz parte da humanização estabelecer uma relação através da comunicação, afinal a comunicação é algo extremamente importante em qualquer área, pois é através dela que se trocam informações, idéias e sentimentos. Há muitas formas de se comunicar tudo dependerá do locutor e do receptor. Explicar procedimentos ou ouvir suas queixas/dúvidas minimiza a ansiedade da paciente e a deixa mais segura e informada da situação. A escuta sensível das necessidades e anseios da clientela proporciona relação de confiança entre profissional e paciente, a fim de promover esclarecimentos relevantes ao bem estar, educando sobre o auto cuidado, além de esclarecer sobre o processo de recuperação saudável.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente partimos do princípio fundamental de que as organizações de saúde deveriam ser seguras para os pacientes, visitantes, médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, bem como para o meio ambiente. A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações, e tal característica eleva a chance de algo sair errado. Conseqüentemente, cada vez mais a assistência à saúde necessita da aplicação de conhecimentos para reduzir falhas e incidentes oriundos das discontinuidades existentes nos variados processos de cuidado do paciente.

A população do estudo apresentou baixo índice de falhas o que contribui para a qualidade da assistência. E apesar de ainda existir uma pequena porcentagem de erro cometido devemos considerar a possibilidade de que ninguém está imune ao erro.

Assim, esse estudo identificou que a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico apresenta riscos ocasionados por interferências diversas em seu ambiente de trabalho, mas apesar dos riscos se mostra consciente de sua responsabilidade no cuidado ao binômio mãe filho. Riscos dos quais incluem a sobrecarga de trabalho, erro cometido por profissional e escassez de profissionais para atender a demanda.

Emergiram propostas de mudanças, por parte dos profissionais, sendo que a maioria destas interligou-se com alguns riscos apresentados anteriormente. Com isso, percebemos que a equipe sente algumas necessidades para adequar a segurança em seu local de trabalho.

Um ambiente onde os profissionais estão vulneráveis a fatores estressores dos mais diversos propicia falhas na segurança do paciente. Os fatores estressores identificados na equipe, como falhas na comunicação, baixa interação entre o profissional médico e enfermeiro e o cansaço físico, diminuem a qualidade da assistência no processo de cuidado seguro ao paciente. Os profissionais tendem a prestar cuidados e estabelecer rotinas seguras aos pacientes quando estão satisfeitos com o trabalho que realizam, ou seja, o profissional sente-se bem e transmite confiança e credibilidade ao paciente.

É de suma importância identificar precocemente fatores que possam gerar desequilíbrio ao clima de segurança presente na equipe a fim de estabelecer metas para melhorar a cultura da segurança da equipe de enfermagem.

Entendemos que o enfermeiro e sua equipe são fundamentais na questão da segurança, pois acompanham toda a trajetória dos pacientes e suas famílias durante sua permanência na instituição, sendo responsáveis por grande parte dos cuidados prestados, bem como pelo

processo educacional dos pacientes e suas famílias, integrando as informações necessárias para a assistência recebida e transmitida entre os diferentes profissionais, constituindo uma importante rede de segurança para o paciente, uma vez que garantem a continuidade e evitam falhas que poderiam resultar em risco.

Para atender aos anseios dessa população estudada acreditamos que há necessidade de estabelecer metas de segurança preconizadas pelas organizações de saúde a fim de fortalecer uma qualidade de assistência voltada para a segurança no centro obstétrico.

REFERÊNCIAS

1. KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **Editors: to err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000.
2. OPAS. **Segurança do paciente**. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=428&Itemid=538> . Acessado em 18 de maio de 2010.
3. SOUSA, P. **Patient safety: the need for a national strategy**. Lisboa. 2006.
4. PEDREIRA, M. L. G. **Enfermagem para a segurança do paciente**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 Nov. 2009.
5. WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; VON, T.T; et alii. **A synthesis of safety culture and safety climate research**. University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Disponível em: <http://www.humanfactors.illinois.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>, acesso em 15 de maio de 2010.
6. HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books. 1993.
7. MARQUIS, B. L; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999. xviii, 557p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Guia de supervisão em estabelecimento de saúde**. Brasília. Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1983.
9. PEIRÓ, J.M. **Desencadeantes del estrés laboral**. Salamanca: Endema. 1993.
10. POTTER. P.P; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: segurança**. 5 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 2007.
11. HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Artes Médicas, Porto Alegre. 1994
12. WEICK, K.E, SUTCLIFFE, KM. **Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity**. San Francisco: Josey-Bass. 2001.
13. MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”**: A primer . Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582> Acessado em abril de 2010.
14. REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot, England: Ashgate. 1997.

15. HUANG, D.T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J.B. **Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution.** *Critical Care Medicine*. 2007.
16. NIEVA, V.F.; SORRA, J. (2003). **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *Quality and Safety in Health Care*, 12 (Suppl II):ii17-ii23.
17. SILVA, A.L.C. et al. Reativação do serviço de educação continuada da divisão de enfermagem do Hospital Prof. Edgard Santos: relato de experiência. **Rev.Bras. Enfermagem**, Brasília, n. 39, v. 1, p. 71-78, jan./mar. 1986.
18. KURCGANT, P. (org.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 2001.
19. BRASIL. **Construção de estabelecimentos de assistência à saúde.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>. Acesso em 18 de abril de 2010.
20. RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública.** Goiânia: AB, 1999.
21. FUGULIN, F.M.T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino.** Tese de doutorado. São Paulo, 2002. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
22. MAILHIOT, G.B. **Dinâmica e gênese dos grupos.** 3. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
23. MUCCHIELLI, R. **O trabalho em equipe.** São Paulo, Martins Fontes, 1980.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2000.
25. RELATÓRIO DE PRODUÇÃO, Maternidade Carmela Dutra, janeiro a outubro de 2009.

6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA

Este estudo nos proporcionou o conhecimento acerca das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da equipe de Enfermagem no CO mediante respostas encontradas no SAQ. São profissionais do sexo feminino, com idade entre 25 a 55 anos, de raça branca, negra e multiétnica, e todas brasileiras.

As causas dos erros são multifatoriais, decorrendo de fatores isolados ou combinados entre si, podendo advir do próprio paciente, dos processos executados ou dos produtos utilizados. Encontramos alguns fatores de risco nas atitudes da população estudada que possam interferir no cuidado ao binômio mãe-filho, como terem visto erros cometidos por outros profissionais e até mesmo ter cometido erro potencial para risco da segurança. Outro fator seria a sobrecarga no ambiente de trabalho o que gera tensão na equipe e muitos revelaram que essa tensão pode levá-los a cometer erros.

Percebemos que fatores estressores como: a falta de comunicação entre os participantes do estudo, o estresse pessoal, a dificuldade de expressar suas opiniões, falta de interação interpessoal, insatisfação profissional, atitudes que prejudicam o clima de segurança, atrasos nos procedimentos técnicos por falhas na informação, colaboram de forma negativa na cultura da segurança do paciente.

No entanto, a maior parte dos participantes do estudo admitiram estar cientes dos fatores que proporcionam riscos para a segurança. Assim, acredita-se que a instituição apresenta uma cultura da segurança entre a equipe de Enfermagem, que tem necessidade de instituir ações efetivas propostas pelas organizações de saúde para melhorar as fragilidades expostas pelos participantes do estudo, como por exemplo, melhorar a interação entre médicos e enfermeiros, a condição da estrutura física da unidade, bem como a necessidade de seguir rotinas instituídas.

Diante disso, promover uma relação aberta e honesta entre os profissionais e o paciente cria espaço para o diálogo e mecanismos eficazes para construção de um sistema mais seguro. Os profissionais devem adotar a cultura da informação entre a equipe e os pacientes objetivando diminuir eventos adversos que interfiram no processo de cuidado seguro, assim, a administração da instituição deve apoiar e incentivar medidas mantendo os níveis de ocorrência de eventos adversos próximo do zero. O questionário apresentou ser um instrumento importante para avaliação das atitudes dos profissionais. Apesar de conter uma

quantidade variada de itens, a abrangência que ele proporciona promoveu um conhecimento maior em relação à cultura da segurança, facilitando o conhecimento da mesma.

Certamente que não devem ser eliminadas as responsabilidades técnicas, éticas e legais dos envolvidos, porém todas as ocorrências devem ser utilizadas como oportunidades para análise crítica investigativa, revisão dos processos e produtos e tomada de decisões para eliminação ou redução do erro.

Acreditamos que o enfermeiro no que tange suas atribuições profissionais, deve estar atento às necessidades de mudanças na cultura de segurança do paciente entre a equipe de enfermagem, buscando conhecimento técnico e científico a fim de promover qualidade e assistência segura aos pacientes durante o processo de cuidado.

Mediante o que já foi apresentado, consideramos que a realização deste trabalho proporcionou um maior conhecimento a cerca da cultura da segurança, nos envolvendo com a equipe e conhecendo um pouco mais da cultura que a cerca. Para o processo de formação foi gratificante, pelo envolvimento com a equipe, por nos sentirmos inseridos na prática da pesquisa, e conseqüentemente pelo conhecimento adquirido.

REFERÊNCIAS

1. ADVOCACY. **Advocacia cidadã pelos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Advocacy; 2005.
2. ARAÚJO, A. O.; OLIVEIRA, M. C. **Tipos de pesquisa. Trabalho de conclusão da disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada a Contabilidade-Departamento de controladoria e contabilidade da USP**. São Paulo, 1997.
3. AUBERT, N. **A neurose profissional**. In: Chanlat JF. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas 1996; 163-93.
4. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução por: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo. 1977. Versão em português. Original em Frances.
5. BOEHS, A. E. et al. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Junho de 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Maio de 2010.
6. BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil, tradução de: maternity care**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonso Editores, 2000. p. 03-09.
7. BRASIL. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. Acesso em 15 de maio de 2010.
8. BRASIL. **Anvisa promove oficina sobre segurança do paciente**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/090309.htm>. Acesso em 16 de maio de 2010.
9. BRASIL. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento – PHPN**. Brasília: SPS/MS, 2006.
10. BULHÕES, I., 1994. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Carioca.
11. CANASSA, N. S. A. **Memórias de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967-1994)**. 2005.158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2005.
12. CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. São Paulo: Makron Books, 1996.
13. COREN. **Orientações e legislações sobre o exercício da enfermagem**. Florianópolis SC.2001.
14. DEJOURS, C., 1992. **A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cotez - Oboré. p 13.

15. DEJOURS, D.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho.** In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.
16. DOTTO, L.M.G; MAMEDE, M.V.; MAMEDE, F.V. **Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde.** Escola Anna Nery Rev Enfermagem. 2008.
17. FERREIRA, A.B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
18. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal. 1996.
19. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo. Atlas. 1991.p 45-46.
20. HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI.** Sudbury: HSE Books. 1993.
21. HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 4ªed.Porto Alegre:Artmed,2003.p.105
22. HUANG, D.T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J.B. **Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution.** *Critical Care Medicine.* 2007.
23. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press.2001
24. KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **Editors: to err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press, 2000.
25. LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999.
26. MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.p155.
27. MARTINS, M.C.A. **Situações indutoras de stress no trabalho dos Enfermeiros em ambiente hospitalar.** Escola Superior de Enfermagem de Vise, 2003. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm>. Acesso em: 22 de novembro de 2009.
28. MARX, D. Patient safety and the “Just Culture”: A primer for health care executives: In support of Columbia University. Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>. Acesso em: 15 de maio de 2010.
29. MINAYO, M. C. de S. (Org.) DESLANDES, Suely Ferreira, NETO, Otavio Cruz, GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
30. NIEVA, V.F.; SORRA, J. (2003). **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *Quality and Safety in Health Care,* 12 (Suppl II):ii17-ii23.

31. NOGUEIRA, R. P., 1993. A Gestão da Qualidade Total e os Serviços de Saúde: conceitos, crítica e princípios. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, ENSP / FIOCRUZ.p 21.
32. OMS. **Metas internacionais de segurança do paciente.** Disponível em http://medicalsuite.einstein.br/metas_paciente.asp. Acessado em 18 de maio de 2010.
33. OPAS. **Segurança do paciente.** Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=428&Itemid=538 . Acessado em 18 de maio de 2010.
34. PEDREIRA, M. L. G. **Enfermagem para a segurança do paciente.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 Nov. 2009.
35. PIRES, D. **A estrutura objetiva do trabalho em saúde.** In: PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde.** Florianópolis SC. UFSC. 1999.
36. PIRES, D. et al. **Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio.** Vol.2, nº 2. Florianópolis SC.UFSC.2004.p 313.
37. PITTA, A., 1994. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.
38. POTTER. P.P; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: segurança.** 5 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 2007. pg 862.
39. REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents.** Aldershot, England: Ashgate. 1997.
40. RELATÓRIO DE PRODUÇÃO, Maternidade Carmela Dutra, janeiro a outubro de 2009.
41. RIBEIRO, H. P., 1993. **O hospital: história e crise.** São Paulo: Cortez.
42. RODRIGUES, R. A. P.; OLIVEIRA, M. H. P. de, ROBAZZI, M. L. do C. C. **As perspectivas da cultura e extensão nas Escolas de Enfermagem no Brasil.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1993 [citado em 17 de Maio de 2010]; 1(spe): 103-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000300011&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11691993000300011.
43. SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE [internet]. University of Texas. [acesso em: 18 maio 2010]. Disponível em: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/education.html
44. SALVAGE, J. The theory and practice of the new nursing. *Nursing Time*: 1990.
45. SANTOS, N. & FIALHO, F., 1997. **Manual de análise ergonômica do trabalho.** Curitiba: Genesis.p 274-248.
46. SOUSA, P. **Patient safety: the need for a national strategy.** Lisboa. 2006.
47. STRESS. **American's health problem.** 1998. Disponível em: <http://www.stress.org/problem.htm>, acesso em 24 de nov. de 2009.

48. TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. **Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 23 nov. 2009.
49. WEICK, K.E; SUTCLIFFE, K.M. Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity. San Francisco: Josey-Bass. 2001.
50. WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; VON, T.T; et al. A synthesis of safety culture and safety climate research. University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Disponível em: <http://www.humanfactors.illinois.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>, acesso em 15 de maio de 2010.
51. ZAMPIERI, M. F. M; GARCIA, O. R. Z; BOEHS, A. E; VERDI, M. **Enfermagem na a atenção primária à saúde da mulher: Textos Fundamentais.** Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2007, v.1, 518p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

TCLE DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós acadêmicos da 8ª fase do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: Atitudes da equipe de enfermagem em relação à segurança do paciente em uma unidade obstétrica. Com o objetivo de identificar e avaliar atitudes da equipe de enfermagem obstétrica, que influenciam na segurança do paciente (binômio mãe-filho), durante o processo de cuidado no centro obstétrico da Maternidade Carmela Dutra. O estudo será orientado pela Professora Enfª Drª Evanguelia K. Atherino dos Santos, sob supervisão das Enfermeiras Joyce Green Koettker e Suzana Ramos Koerich, a ser desenvolvido no Centro Obstétrico da Maternidade Carmela Dutra no município de Florianópolis.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de preenchimento de questionário a ser realizado no seu ambiente de trabalho, acerca dos aspectos que consideram importantes no processo de segurança do paciente no centro obstétrico.

Os pesquisadores colocam-se disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos telefones dos respectivos pesquisadores, Ana Paula Hoch fone (48)9903-5251, Leandro José Vilamil, fone (48) 9136-8083 e Sabrina Dyeme Martins (48) 9136-2242, ou pelos e-mails: anitahoch@hotmail.com; sabmartins@hotmail.com; leandro_vilamil@hotmail.com, ou ainda pessoalmente no campo de estágio (centro obstétrico). Os dados coletados poderão ser acessados sempre que desejar, mediante solicitação.

Você tem liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Os aspectos éticos relativos á pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia e beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

Nesses termos e considero-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: Florianópolis..... de março de 2010.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura das (os) pesquisadoras:

Ana Paula Hoch: _____ Leandro José Vilamil: _____ Sabrina Martins: _____

ANEXOS

ANEXO A - Questionário internacional “Safety Attitudes Questionnaire”

Safety Attitudes Questionnaire (Labor & Delivery Version)

START HERE

Use the scale above to describe the *quality of collaboration and communication* you have experienced with:

	A	B	C	D	E	X
	Very Low	Low	Adequate	High	Very High	Not Applicable
1. Obstetricians	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
2. Perinatologists	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
3. CNMs	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
4. Pediatricians	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
5. Neonatologists	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
6. Anesthesiologists	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
7. CRNAs	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
8. Resident Physicians	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
9. Nurse Practitioners	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
10. NICU Personnel	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
11. Registered Nurses	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
12. LVN/CE Techs	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
13. Care Partners/Hospital Aides	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
14. Technicians (RT, Lab, EKG, Radiology)	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
15. Nurse Managers / Charge Nurses	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()
16. Licensed Clinical Social Workers	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()	() () () () ()

MARKING INSTRUCTIONS

• Use number 2 pencil only.
• Erase cleanly any mark you wish to change.

Correct Mark
●

Incorrect Marks
✓ ✕ ✖ ○

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

SERIAL 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

	A	B	C	D	E
	Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly

Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area (OR, L&D, MedSurg, Perinatal, etc.). Mark your response using the scale above.

- High levels of workload are common in this clinical area. () () () () ()
- I like my job. () () () () ()
- Nurse input is well received in this clinical area. () () () () ()
- I would feel safe being treated here as a patient. () () () () ()
- Medical errors* are handled appropriately in this clinical area. () () () () ()
- This hospital does a good job of training new personnel. () () () () ()
- All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me. () () () () ()
- Working in this hospital is like being part of a large family. () () () () ()
- The administration of this hospital is doing a good job. () () () () ()
- Hospital administration supports my daily efforts. () () () () ()
- I receive appropriate feedback about my performance. () () () () ()
- In this clinical area, it is difficult to discuss errors. () () () () ()
- Briefing other personnel before a procedure (e.g., intubation, central venous line) is important for patient safety. () () () () ()
- Briefings are common in this clinical area. () () () () ()
- This hospital is a good place to work. () () () () ()
- Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, hemorrhaging). () () () () ()
- Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients. () () () () ()
- The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients. () () () () ()
- Decision making in this clinical area utilizes input from relevant personnel. () () () () ()
- I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have. () () () () ()
- The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others. () () () () ()
- This hospital deals constructively with problem physicians and employees. () () () () ()
- The medical equipment in this clinical area is adequate. () () () () ()
- In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care. () () () () ()
- When my workload becomes excessive, my performance is impaired. () () () () ()
- I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work. () () () () ()
- I have seen others make errors that had the potential to harm patients. () () () () ()
- I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area. () () () () ()
- I am proud to work at this hospital. () () () () ()
- Disagreements here are resolved appropriately (i.e., not who is right but what is best for the patient). () () () () ()
- I am less effective at work when fatigued. () () () () ()
- I am more likely to make errors in tense or hostile situations. () () () () ()

*Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.

TURN OVER →

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly



33. Stress from personal problems adversely affects my performance.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. I have the support I need from other personnel to care for patients.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. It is easy for personnel in this clinical area to ask questions when there is something that they do not understand.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers, etc.) can be detrimental to patient safety.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. I am frequently unable to express disagreement with staff physicians.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Morale in this unit/clinical area is high.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. Trainees in my discipline are adequately supervised.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. I have made errors that had the potential to harm patients.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Staff physicians in this clinical area are doing a good job.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. All the personnel in my clinical area take responsibility for patient safety.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this clinical area.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49. I feel burned out from my work.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
50. Important issues are well communicated at shift changes.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
51. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria regarding patient safety here.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
52. I feel frustrated by my job.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
53. I feel I am working too hard on my job.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this clinical area.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
55. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this clinical area.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
56. The staff surgeon / attending surgeon should be formally in charge of Labor & Delivery staff during the procedure.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
57. Communication breakdowns which lead to delays in starting surgical procedures are common	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
58. Have you ever completed this survey before? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Don't Know					

BACKGROUND INFORMATION

Position: (mark your position)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obstetricians | <input type="checkbox"/> Nurse Practitioners |
| <input type="checkbox"/> Perinatologists | <input type="checkbox"/> NICU Personnel |
| <input type="checkbox"/> CNMs | <input type="checkbox"/> Registered Nurses |
| <input type="checkbox"/> Pediatricians | <input type="checkbox"/> LVN/OB Techs |
| <input type="checkbox"/> Neonatologists | <input type="checkbox"/> Care Partners/Hospital Aides |
| <input type="checkbox"/> Anesthesiologists | <input type="checkbox"/> Technicians (RT, Lab, EKG, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> CRNAs | <input type="checkbox"/> Nurse Managers / Charge Nurses |
| <input type="checkbox"/> Resident Physicians | <input type="checkbox"/> Licensed Clinical Social Workers |

Job Status

- Full-time
 Part-time
 Agency
 Contract

Ethnic Group:

- Hispanic Asian/Pacific Islander
 Black (not Hispanic) Multi-ethnic
 White (not Hispanic) Other: _____

How many years of experience do you have in this specialty?

YEARS	
(0)	(1)
(2)	(3)
(4)	(5)
(6)	(7)
(8)	(9)
(10)	(11)
(12)	(13)
(14)	(15)
(16)	(17)
(18)	(19)
(20)	(21)
(22)	(23)
(24)	(25)
(26)	(27)
(28)	(29)
(30)	(31)
(32)	(33)
(34)	(35)
(36)	(37)
(38)	(39)
(40)	(41)
(42)	(43)
(44)	(45)
(46)	(47)
(48)	(49)
(50)	(51)
(52)	(53)
(54)	(55)
(56)	(57)
(58)	(59)
(60)	(61)
(62)	(63)
(64)	(65)
(66)	(67)
(68)	(69)
(70)	(71)
(72)	(73)
(74)	(75)
(76)	(77)
(78)	(79)
(80)	(81)
(82)	(83)
(84)	(85)
(86)	(87)
(88)	(89)
(90)	(91)
(92)	(93)
(94)	(95)
(96)	(97)
(98)	(99)
(100)	(101)

How many years have you worked at this hospital?

YEARS	
(0)	(1)
(2)	(3)
(4)	(5)
(6)	(7)
(8)	(9)
(10)	(11)
(12)	(13)
(14)	(15)
(16)	(17)
(18)	(19)
(20)	(21)
(22)	(23)
(24)	(25)
(26)	(27)
(28)	(29)
(30)	(31)
(32)	(33)
(34)	(35)
(36)	(37)
(38)	(39)
(40)	(41)
(42)	(43)
(44)	(45)
(46)	(47)
(48)	(49)
(50)	(51)
(52)	(53)
(54)	(55)
(56)	(57)
(58)	(59)
(60)	(61)
(62)	(63)
(64)	(65)
(66)	(67)
(68)	(69)
(70)	(71)
(72)	(73)
(74)	(75)
(76)	(77)
(78)	(79)
(80)	(81)
(82)	(83)
(84)	(85)
(86)	(87)
(88)	(89)
(90)	(91)
(92)	(93)
(94)	(95)
(96)	(97)
(98)	(99)
(100)	(101)

CURRENT AGE

Usual Shift

- Days
 Evenings
 Nights
 Variable
 Shifts

Gender:

- Male
 Female

Optional collected as part of a cross-cultural study
 Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.):

Country of birth (if different):

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this clinical area?

1 _____
 2 _____
 3 _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

ANEXO B – Versão traduzida do Questionário internacional “Safety Attitudes Questionnaire”

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS

Utilize a escala abaixo para descrever a qualidade de colaboração e comunicação que você tem experimentado com:

A	B	C	D	E	X
Muito pouco	Pouco	Adequado	Alto	Muito alto	Não se aplica

1. Obstetras
2. Perinatologistas
3. Pediatras
4. Neonatologistas
5. Anestesiologistas
6. Médicos residentes
7. Enfermeiro assistencial
8. Enfermeiro
9. Técnico/Auxiliar (laboratório, radiologia, enfermagem)
10. Enfermeiro gerencial
11. Serviço Social

A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X
A	B	C	D	E	X

Por favor, responda os seguintes itens com relação a sua unidade ou área clínica. Marque a sua resposta usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente

1. Sobrecarga de trabalho são comuns nessa área clínica.	A	B	C	D	E
2. Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E
3. A admissão de enfermeiros é bem recebida nessa área clínica.	A	B	C	D	E
4. Eu me sinto segura sendo tratada aqui como paciente.	A	B	C	D	E
5. Erros médicos são manuseados apropriadamente nesta área hospitalar.	A	B	C	D	E
6. Este hospital faz um bom treinamento com o novo pessoal.	A	B	C	D	E
7. Todas as informações necessárias para diagnósticos e decisões terapêuticas estão disponíveis para mim.	A	B	C	D	E
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família.	A	B	C	D	E
9. A administração deste hospital apóia meus esforços diários.	A	B	C	D	E
10. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E
11. Eu recebo um feedback apropriado sobre o meu desempenho.	A	B	C	D	E
12. Nesta área hospitalar é difícil discutir erros.	A	B	C	D	E

13. Explicar/orientar o paciente antes do procedimento (ex. intubação, linhas venosas centrais) é importante para segurança do paciente.	A	B	C	D	E
14. Orientações são comuns nessa área hospitalar.	A	B	C	D	E
15. Esse hospital é um bom lugar para trabalhar.	A	B	C	D	E
16. O cansaço impede meu desempenho durante situações de emergência (ex. ressuscitação de emergência, hemorragia).	A	B	C	D	E
17. A administração hospitalar não está conscientemente comprometida com a segurança do paciente.	A	B	C	D	E
18. Os índices de profissionais nessa área do hospital são suficientes para atender o numero de pacientes.	A	B	C	D	E
19. Decisões nessa área clínica do hospital levam em consideração a participação de profissional relevante.	A	B	C	D	E
20. Eu sou encorajado pelos meus colegas a relatar qualquer preocupação/incerteza com a segurança do paciente que eu possa ter.	A	B	C	D	E
21. A cultura nessa área do hospital torna fácil de aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E
22. Esse hospital lida construtivamente com os problemas clínicos e dos profissionais.	A	B	C	D	E
23. O equipamento médico nessa área hospitalar é adequado.	A	B	C	D	E
24. Nessa área do hospital, é difícil falar/conversar se percebo um problema relacionado ao cuidado do paciente.	A	B	C	D	E
25. Quando minha carga de trabalho se torna excessiva meu desempenho é prejudicado.	A	B	C	D	E
26. Eu recebo informações adequadas em tempo hábil sobre os eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.	A	B	C	D	E
27. Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que tem o potencial de prejudicar o paciente.	A	B	C	D	E
28. Eu sei os canais adequados para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área hospitalar.	A	B	C	D	E
29. Eu estou orgulhoso de trabalhar neste hospital.	A	B	C	D	E
30. Desentendimentos aqui são resolvidos adequadamente (não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	A	B	C	D	E
31. Eu sou menos eficaz no trabalho quando estou cansado.	A	B	C	D	E
32. Eu estou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis.	A	B	C	D	E
33. O estresse por problemas pessoais afetam adversamente meu desempenho/minha performance.	A	B	C	D	E
34. Eu tenho o suporte que necessito dos outros profissionais para cuidar dos pacientes.	A	B	C	D	E
35. É fácil para a equipe de saúde nesta área questionar quando há alguma coisa que a gente não compreende.	A	B	C	D	E
36. Intervenções na continuidade do cuidado (mudança de turno, transferir paciente, etc) podem ser prejudicial à segurança do paciente.	A	B	C	D	E
37. Durante emergências eu posso predizer o que o pessoal fará em seguida.	A	B	C	D	E
38. Os médicos e enfermeiros que trabalham aqui coordenam juntos uma equipe	A	B	C	D	E

bem coordenada.					
39. Eu sou freqüentemente impedida de expressar minhas opiniões contrárias as da chefia.	A	B	C	D	E
40. Verdadeiros profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.	A	B	C	D	E
41. A moral nessa área hospitalar é alta.	A	B	C	D	E
42. Estagiários na minha área estão adequadamente supervisionados.	A	B	C	D	E
43. Eu sei o primeiro e o último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no meu último plantão.	A	B	C	D	E
44. Eu cometi erros que tiveram potencial para prejudicar o paciente.	A	B	C	D	E
45. A chefia nessa área do hospital está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E
46. Todas as pessoas na minha área hospitalar tem responsabilidade com a segurança do paciente.	A	B	C	D	E
47. Eu sinto cansaço quando acordo pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	A	B	C	D	E
48. A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesse hospital.	A	B	C	D	E
49. Eu me sinto completamente estressado com meu trabalho.	A	B	C	D	E
50. Informações importantes são bem comunicadas na mudanças de turnos.	A	B	C	D	E
51. Há uma aderência generalizada aos protocolos de cuidados clínicos e aos critérios baseados nas evidencias em torno da segurança do paciente.	A	B	C	D	E
52. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	A	B	C	D	E
53. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	A	B	C	D	E
54. Informações obtidas por meio de relatórios de incidentes são usados para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nessa área hospitalar.	A	B	C	D	E
55. Freqüentemente o pessoal discorda das regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento / vias clínicas, campo estéril / esterilização que esteja estabelecida para essa área hospitalar).	A	B	C	D	E
56. O cirurgião chefe / assistente do cirurgião deverão estar formalmente responsáveis pelo trabalho da equipe pessoal durante os procedimentos.	A	B	C	D	E
57. Falhas de comunicação que levam a atrasos no início dos procedimentos cirúrgicos são comuns.	A	B	C	D	E

58. Alguma vez você já completou esta pesquisa antes?

() Sim () Não () Não sei

* O erro médico é definido como qualquer erro na prestação do cuidado por qualquer profissional de saúde independente do resultado.

INFORMAÇÕES GERAIS

Marque a sua função:

1. () Obstetra

2. () Perinatologista
3. () Pediatra
4. () Neonatologista
5. () Anestesiologista
6. () Médicos residente
7. () Enfermeiro assistencial
8. () Enfermeiro
9. () Técnico/Auxiliar (laboratório, radiologia, enfermagem)
10. () Enfermeiro gerencial
11. () Serviço Social

Tipo de Contrato de Trabalho

() Tempo Integral () Tempo Parcial () Contratado () Agências de emprego

Grupo étnico

() Hispânico () Negro () Branco () Asiático () Multiétnica () Outros

Gênero

() Feminino () Masculino

Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade?

Quantos anos você trabalhou neste hospital?

Idade atual?

*Opcional - Coleta como parte de um estudo transcultural

***Nacionalidade:**

***País de nascimento (se estrangeiro):**

Comentários: quais são suas três principais recomendações para melhorar a segurança do paciente nesta área clínica?

1.
2.
3.

*Se precisar de mais espaço para seus comentários utilize o verso da folha.

Obrigado por completar o questionário - o seu tempo e participação são muito importantes.