

Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva materna

Safety culture in a maternal intensive care unit

Cultura de seguridad en una unidad de cuidados intensivos maternos

José Augustinho Mendes Santos¹ ; Amuzza Aylla Pereira dos Santos¹ ; Thaís Honório Lins Bernardo¹ ;
Mari Ângela Gaedke¹ ; Wanderlei Barbosa dos Santos¹ ; Julio Cesar Silva Oliveira¹ 

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil; ¹Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar a cultura de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva materna, na perspectiva da equipe de saúde. **Método:** estudo do tipo survey, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que utilizou o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para coleta de dados. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e as dimensões da cultura foram classificadas em forte, neutra e frágil. **Resultados:** identificou-se uma dimensão forte, quatro neutras e seis frágeis. A dimensão com maior percentual de respostas positivas foi "Trabalho em equipe dentro da unidade", já a com menor percentual foi "Frequência de notificações de eventos". **Conclusão:** a cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva materna foi considerada frágil, apontando para necessidade de prestação de cuidados com maior segurança as gestantes e puérperas que necessitam de cuidados intensivos.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Maternidades; Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Objective: to identify the patient safety culture in a maternal intensive care unit as seen by the healthcare team. **Method:** in this survey study approved by the research ethics committee, data were collected using the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* and analyzed using descriptive statistics. The culture dimensions were classified as strong, neutral or weak. **Results:** one dimension was found to be strong, four neutral, and six weak. "Unit teamwork" returned the highest percentage of positive responses, while the lowest-scoring dimension was "Event notification frequency". **Conclusion:** the patient safety culture in the maternal intensive care unit was considered weak, pointing to the need to provide safer care to pregnant and postpartum women requiring intensive care.

Descriptors: Intensive Care Units; Hospitals; Maternity; Nursing; Patient Safety; Organizational Culture.

RESUMEN

Objetivo: identificar la cultura de seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos maternos, desde la perspectiva del equipo sanitario. **Método:** estudio por encuesta de opinión (*Survey*), aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, que utilizó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para la recolección de datos. Los datos se analizaron por medio de una estadística descriptiva y las dimensiones de la cultura se clasificaron en fuerte, neutra y frágil. **Resultados:** se identificaron una dimensión fuerte, cuatro neutras y seis frágiles. La dimensión cuyo porcentaje de respuestas positivas fue más alto: "Trabajo en equipo dentro de la unidad"; mientras que la dimensión cuyo porcentaje fue más bajo fue: "Frecuencia de las notificaciones de eventos". **Conclusión:** la cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos maternos se consideró frágil, lo que apunta hacia la necesidad de proporcionar una atención con mayor seguridad a las mujeres embarazadas y puérperas que requieren cuidados intensivos.

Descriptores: Unidades de Cuidados Intensivos; Maternidades; Enfermería; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o período que abrange o ciclo gravídico-puerperal carrega um misto de expectativa, consolidação de sonhos, alegrias e, podendo até, embora não seja raro, causar tristezas na família e nos profissionais de saúde, pois situações indesejáveis causadas pela ação de profissionais, sejam elas por imperícia, imprudência e/ou negligência, expondo o binômio mãe-criança a impactos à saúde¹.

Para tentar amenizar esse processo, a segurança do paciente (SP), tem sido debatida amplamente em diversos cenários da saúde, com o objetivo da institucionalização de melhores práticas nos ambientes de cuidado ao paciente², visando a redução do risco em obstetrícia, que é uma temática complexa e que merece atenção, além de alocação de recursos significativos, incluindo o desenvolvimento de programas eficazes de SP e melhoria da qualidade na assistência prestada³.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Autora correspondente: Amuzza Aylla Pereira dos Santos. E-mail: amuzza.santos@gmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Flavia Giron Camerini

Nesse contexto, surge a Cultura de Segurança do Paciente (CSP), caracterizada por comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da reciprocidade, aprendizado contínuo a partir das notificações/relatos de eventos e primazia da segurança como prioridade em todos os níveis da organização⁴. Ressalta-se que promover a CSP é um passo importante para melhorar a segurança em maternidades e em outros ambientes, pois ela pode servir tanto para diagnóstico situacional, quanto como um instrumento para mensurar os efeitos de intervenções realizadas⁵.

Atualmente, para avaliar a CSP existem dois instrumentos validados no contexto hospitalar brasileiro: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)⁶. O SAQ avalia seis dimensões da CSP, enquanto o HSOPSC avalia 12 dimensões, motivo este da escolha de utilização deste instrumento neste estudo.

Considerando o contexto hospitalar obstétrico, existem várias intercorrências que são indicativas para internação em UTI, sendo as principais as relacionadas às síndromes hipertensivas, às síndromes hemorrágicas, às cardiopatias, à sepse e à infecção puerperal^{7,8}. Diante de tais situações, quando surge qualquer mudança irregular que caracterize uma intercorrência obstétrica durante o ciclo gravídico-puerperal, fazem-se necessários o reconhecimento dos sinais de alerta e o fornecimento de cuidados adequados em tempo oportuno, pilares fundamentais para a SP⁹.

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão norteadora para o estudo: Qual a CSP em uma unidade de terapia intensiva (UTI) materna na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde? Para responder esta pergunta, foi traçado o seguinte objetivo: identificar a CSP em uma UTI materna, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo *survey*, realizado em uma UTI materna de uma maternidade escola do estado de Alagoas. Esta maternidade realizava atendimentos exclusivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possuía cinco leitos, sendo a única maternidade no estado a ter uma UTI exclusiva para atendimentos a gestantes e puérperas. Possuía ainda Núcleo de Segurança do Paciente, constituído por duas profissionais, sendo uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

A população foi composta de 50 profissionais da equipe multiprofissional de saúde, formada por enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. A amostra foi intencional, não probabilística, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais que prestassem assistência direta ao paciente, admitidos e lotados no setor há, no mínimo, três meses, que trabalhassem pelo menos 12 horas semanais. Foram excluídos profissionais afastados por Licença Saúde, que estivessem trabalhando em *home office* devido à pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) e de férias no período de coleta de dados, além de residentes das categorias profissionais citadas, que tinham menos de 3 meses no setor. Após a análise dos critérios de inclusão, foram excluídos dez profissionais, e a amostra final do estudo foi composta de 40 profissionais.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o HSOPSC, versão brasileira, que é autoaplicável, contém 61 itens, distribuídos em 12 dimensões da CSP, além de itens que avaliam as características sociodemográficas e profissionais¹⁰. Tais dimensões podem ser observadas na Figura 1.

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

Figura 1: Dimensões de Cultura de Segurança do Paciente do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Adaptado pelos pesquisadores¹⁰.

Cada uma das dimensões do HSOPSC inclui três ou quatro itens, avaliados em uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, com a finalidade de atribuir valor numérico às respostas dadas pelos sujeitos do estudo, com categorias de respostas em grau de concordância ou a partir de uma escala de frequência.

O instrumento contempla ainda duas variáveis de resultados, sendo a primeira denominada “Nota de segurança do paciente”, caracterizada como excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim, e a segunda “Número de eventos adversos relatados/ notificados nos últimos 12 meses”.

As variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas foram sexo, idade, categoria profissional, contato direto com o paciente, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na unidade, carga horária de trabalho semanal, tempo de trabalho na atual profissão/ou especialidade e grau de instrução/escolaridade. Ressalta-se ainda que o instrumento possui uma seção, que é um item opcional, no qual é fornecido um espaço para o participante deixar seus comentários acerca da SP, que não foi considerada neste estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2021, no local de trabalho dos profissionais, por meio do instrumento impresso. Após explicação dos objetivos da pesquisa, bem como da forma de participação, os profissionais foram convidados a participar do estudo, sendo entregue um envelope contendo uma via do instrumento HSOPSC e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta, os dados passaram por dupla digitação em planilha do programa Microsoft Excel® e, posteriormente, a frequência relativa de cada dimensão foi calculada e classificada. Seguiram-se as orientações da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que incluem a combinação das duas categorias mais altas de respostas (concordo totalmente/concordo e quase sempre/sempre) para os itens redigidos positivamente e as duas categorias mais baixas de respostas (discordo totalmente/discordo e nunca/raramente) para itens redigidos negativamente ou reversos. Posteriormente, o percentual de cada item foi calculado e analisado da seguinte forma: foram consideradas áreas de força para a CSP as dimensões em que pelo menos 75% dos participantes responderam positivamente. As áreas com potencial de melhorias (frágeis) foram identificadas como aquelas que receberam respostas positivas abaixo de 50% e áreas neutras, aquelas com percentuais de respostas inferior 75% e igual ou superior a 50%¹¹.

Já os dados sociodemográficos e profissionais foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo realizada a apuração de frequências absoluta e relativa.

A resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 foi respeitada, e o protocolo de pesquisa deste estudo foi apreciado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 40 profissionais que faziam parte da equipe multiprofissional de saúde. Houve predomínio de participantes do sexo feminino (92,5%) e pessoas com idade entre 40 e 49 anos (67,5%) e 50 anos ou mais (25,0%), respectivamente. No que se referiu à categoria profissional, 47,5% eram auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos de médicos (20%), fisioterapeutas (17,5%) e enfermeiras (15%). Ao analisar o grau de instrução, 47,5% possuíam pós-graduação no nível de especialização e 25,0% pós-graduação no nível de Mestrado e Doutorado.

Com relação ao tempo de atuação na maternidade, 67,5% possuíam entre 16 e 20 anos de trabalho, já com relação ao tempo de trabalho na UTI materna, 60% possuíam entre 16 e 20 anos de trabalho. Observou-se ainda que 90% trabalhavam cerca de 20 a 39 horas semanalmente no setor estudado, em escala de plantão de 12 horas por 36 horas de descanso. Em relação ao tempo de trabalho na especialidade, 47,5% possuíam entre 16 e 20 anos, seguidos de 35% com 21 anos ou mais.

Os dados relacionados às respostas negativas, neutras e positivas das 12 dimensões da cultura de segurança são apresentados na Tabela 1.

Ao analisar as respostas positivas, neutras e negativas das 12 dimensões da CSP, pôde-se observar que uma foi classificada como área de força, quatro dimensões foram classificadas como em potencial de melhoria, e seis foram classificadas como frágeis.

As dimensões com maiores percentuais de respostas positivas foram Trabalho em equipe dentro da unidade (80,0%), expectativas e ações de promoção de SP dos supervisores (73,7) e aprendizado organizacional (65%), embora as duas últimas tenham sido classificadas com potencial de melhoria. As dimensões com menores percentuais foram frequência de notificações de eventos (29,9%), Apoio da gestão para a segurança do paciente (30,9%) e Trabalho em equipe entre as unidades (32,5%).

Tabela 1: Respostas negativas, neutras e positivas das 12 dimensões da Cultura de Segurança do Paciente de uma unidade de terapia intensiva materna, na percepção da equipe multiprofissional de saúde (n=40). Maceió (AL), Brasil, 2021.

Dimensão	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)
Trabalho em equipe dentro da unidade	10,6	9,4	80,0
Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	13,8	12,5	73,7
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	14,1	20,9	65,0
Retorno da informação e comunicação a respeito do erro	32,5	34,2	33,3
Abertura para comunicação	16,7	19,2	64,1
Adequação pessoal	29,4	11,3	59,3
Respostas não punitiva aos erros	40,0	25,0	35,0
Apoio da gestão para a segurança do paciente	42,5	26,6	30,9
Trabalho em equipe entre as unidades	43,1	24,4	32,5
Passagem de plantão e/ou transferências internas	29,4	16,9	53,7
Percepções gerais sobre segurança do paciente	38,1	16,9	45,0
Frequência da notificação de eventos	50,5	19,6	29,9

A nota de SP pode ser atribuída de acordo com uma escala do tipo Likert, conforme dados apresentados na Figura 2.

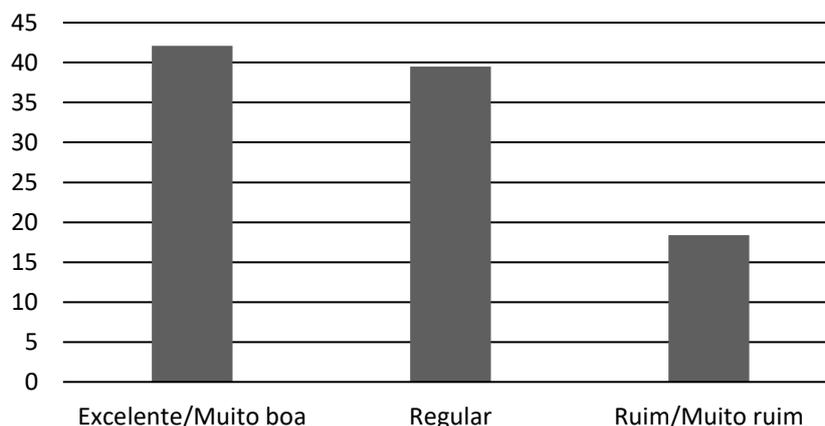


Figura 2: Nota de segurança do paciente de uma unidade de terapia intensiva materna, na percepção da equipe multiprofissional de saúde (n=38). Maceió, AL, Brasil, 2021.

Verificou-se que 42,1% e 39,5% dos participantes avaliaram a SP em sua unidade como excelente/muito boa e regular, respectivamente.

Quanto ao número de eventos adversos (EAs) notificados nos últimos 12 meses, a maioria respondeu “nenhuma notificação” (77,5%), seguido de 22,5% que relataram notificar de um a cinco eventos.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo revelaram uma CSP frágil na maioria das dimensões, visto que apenas a dimensão trabalho em equipe na unidade recebeu percentual $\geq 75\%$ de respostas positivas. De forma semelhante, uma pesquisa nacional, realizada com a equipe de saúde de uma unidade de terapia intensiva geral do Sul do Brasil, identificou fragilidades na maioria das dimensões da CSP¹². Isso denota o quanto a CSP, que apesar de ser reconhecida como fundamental para a qualidade da assistência e hoje seja uma Política Nacional instituída por meio da portaria 529 de 1º de abril de 2013, ainda não está incorporada nas instituições prestadoras de serviços de saúde¹³.

Cabe ressaltar que, ao mesmo tempo em que se observou a maioria das dimensões como frágeis, a equipe avaliou como excelente/muito boa a SP na unidade. Isso pode ser um indicativo de que a equipe não tem ciência das fragilidades em seus processos de trabalho.

Ao mesmo tempo, observou-se que se trata de uma equipe experiente e com qualificação acadêmica. Percebe-se que isso não garante uma apropriação da CSP, embora possa ser considerada uma fortaleza para o desenvolvimento dela, atrelada a ações que possam ser desenvolvidas pelos supervisores e pela alta gestão, como a educação permanente com a equipe.

A dimensão Trabalho em equipe dentro da unidade foi avaliada como forte na UTI materna, revelando boa cooperação para o trabalho conjunto, contribuindo para proporcionar uma assistência de responsabilidade compartilhada e corroborando estudo realizado em um hospital de ensino da cidade do Porto, em Portugal, que teve o trabalho em equipe como uma dimensão forte para CSP¹⁴.

Seguindo a ordem das dimensões mais bem avaliadas, as dimensões expectativas e ações de promoção de SP dos supervisores e aprendizado organizacional receberam 73,7% e 65% de respostas positivas, respectivamente. A primeira analisa se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança, reconhecendo e estimulando sua participação nas melhorias, e a segunda avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas¹⁵, pois sabe-se que o processo de aprender pode fazer com que os profissionais atuem com mais segurança e confiança, principalmente quando prestam assistência a pacientes graves e instáveis¹⁶.

A dimensão Abertura para comunicação recebeu 64,1% de respostas positivas, sendo caracterizada como dimensão em processo de melhorias. A comunicação efetiva, entre os profissionais, é uma temática que deve ser amplamente discutida, principalmente em um ambiente de cuidados críticos, que se caracteriza como complexo tanto pela gravidade dos pacientes, quanto pelo uso da tecnologia leve e dura¹⁷. Uma organização institucional que tem uma comunicação acessível ao diálogo sobre segurança propõe liberdade aos profissionais para identificar e prevenir problemas que poderiam resultar em cuidados perdidos ou atrasados. Acredita-se que uma gestão empenhada na promoção da segurança facilite a comunicação entre a equipe¹⁸, proporcionando maior interação e resposta aos contextos apresentados.

A dimensão adequação pessoal recebeu 59,3% de respostas positivas, denotando que a instituição vem buscando estratégias para melhorar o quadro profissional dentro da UTI materna, o que se torna importante para prestação de cuidados seguros aos pacientes, diminuindo consequentemente a carga de trabalho das categorias profissionais que, porventura, estejam sobrecarregados e possam interferir no processo de CSP¹⁹.

A dimensão passagem de plantão e transferências externas recebeu 53,7% de respostas positivas. As informações sobre a história do paciente, bem como sobre seu estado clínico, subsidiam o profissional na elaboração de um plano de cuidados específico para a necessidade de cada paciente, o que traz qualidade ao cuidado²⁰. Os pacientes internados em uma UTI apresentam-se mais propensos a possíveis complicações hospitalares, que podem estar ligados ao seu estado crítico ou erros ocorridos durante a assistência de cuidados. Algumas situações, como a passagem de plantão, podem ocasionar erros e até mesmo EA, devido à falta de atenção ao compartilhar informações necessárias para o cuidado do paciente. Além disso, sabe-se que o repasse adequado das informações relativas aos pacientes em cuidados intensivos é essencial para a continuidade de uma assistência segura^{12,21}.

A dimensão Percepções gerais sobre segurança do paciente, a qual envolve os processos de trabalho institucional na prevenção efetiva dos erros, demonstrou ser uma área frágil, corroborando estudo realizado em um hospital filantrópico de médio porte, no qual se evidenciou que essa dimensão era uma das mais frágeis entre as 12 dimensões avaliadas pelo HOSPSC²².

A dimensão Respostas não punitiva aos erros recebeu 35% de respostas positivas, sendo caracterizada como dimensão frágil na UTI materna. Essa fragilidade desestimula a notificação dos erros e não fornece informações relevantes, o que impossibilita a análise das causas dos EAs e/ou erros, impedindo ou atrasando a implementação de estratégias para evitar novas falhas, comprometendo a SP na instituição²³.

Sabe-se que o tema CSP traz, em sua nuance, a necessidade de mudança no modelo de gerenciar os erros e EAs nos serviços de saúde, pois a premissa de punição utilizada nas instituições, além de ser ineficaz para o crescimento e o desenvolvimento das organizações, remete para instituições com uma cultura de segurança fraca, que pode tornar o cuidado prestado aos pacientes mais propício ao erro²⁴, além de proporcionar um desserviço aos usuários do sistema.

Outra dimensão que se revelou frágil no local de estudo foi o Retorno da informação e comunicação a respeito do erro, levando a acreditar que os diferentes profissionais atuantes na unidade têm pouco retorno sobre o processo de condução dos erros notificados, os quais não são devidamente discutidos, e sobre as mudanças implementadas como estratégias de evitá-los.

A dimensão Trabalho em equipe entre as unidades foi considerada frágil para a CSP, denotando que os profissionais da UTI materna acreditam que as unidades da maternidade não se encontram coordenadas entre si para oferecer um cuidado seguro, resultado também evidenciado em outros estudos que encontraram percentuais baixos de respostas positivas nessa dimensão^{25,26}.

A dimensão Apoio da gestão para a segurança do paciente foi considerada frágil, pois recebeu menos de 50% de respostas positivas, o que demonstra que os gerentes e as lideranças das organizações de saúde e serviços obstétricos

precisam se comprometer em criar condições favoráveis para o desenvolvimento de práticas seguras, com transparência e responsabilidade para beneficiar a percepção da SP, apropriando-se do arcabouço teórico e conceitual da qualidade em saúde, incorporando métodos em suas organizações para se conhecer e monitorar a realidade existente, implementando posteriormente medidas de prevenção de incidentes e para desenvolvimento de capacitações das equipes e, assim, criando um ambiente voltado para melhoria da qualidade do cuidado^{23,27}.

A dimensão Frequência da notificação de eventos recebeu apenas 29,9% de respostas positivas, podendo se observar que a maioria dos profissionais da UTI materna referiu não ter realizado notificação de EA. Ao se considerar a complexidade de fatores que cercam o parto e sua assistência, a identificação de EA contribui para o dimensionamento dos problemas provenientes dos processos assistenciais. Há necessidade de estimular os profissionais de saúde a relatar os EAs, levando em consideração a importância dessa atitude na melhoria da SP. Além disso, considera-se estratégica a promoção de capacitações para que a equipe seja esclarecida sobre a importância das notificações, pois, dessa forma, poderão ser traçadas estratégias que visem à melhoria e à qualidade do cuidado prestado, enfatizando que as notificações não têm um caráter punitivo^{28,29}.

Acerca da avaliação do grau de SP, a maioria classificou como excelente/muito boa e regular, visto que o grau de segurança avaliado tenha resposta positiva, e para assegurar as melhorias na cultura de segurança.

Limitações do estudo

Destaca-se que este estudo teve como limitação a localização pontual de investigação. Ainda assim acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para o embasamento e a conseqüentemente fundamentação da tomada de decisão por parte dos gerentes e profissionais da equipe atuantes na UTI materna, que devem buscar estratégias para melhoria da CSP e prestação de cuidados seguros a gestantes, parturientes e recém-nascidos.

CONCLUSÃO

A Cultura de Segurança do Paciente na unidade de terapia intensiva materna, na perspectiva dos profissionais, foi considerada frágil na maioria das dimensões, com destaque para Frequência da notificação de eventos, Apoio da gestão para a segurança do paciente e Trabalho em equipe entre as unidades, apontando para necessidade de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. Os resultados indicam, ainda, que o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva materna é uma área forte, o que deve ser considerado primordial na prestação da assistência à saúde.

Além disso, cinco dimensões foram analisadas como neutras/em processo de melhorias, tendo como destaque a dimensão Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores.

Os resultados indicam que as notificações estão sendo realizadas de forma incipiente na unidade de terapia intensiva materna, recomendando-se que sejam realizadas capacitações, a fim de que se possa melhorar essa dimensão, o que posteriormente permitirá a análise das notificações e a implantação de estratégias de melhorias na qualidade do cuidado seguro, fortalecendo a Cultura de Segurança do Paciente.

Cabe destacar que, apesar da maternidade possuir identificação da Cultura de Segurança do Paciente, alguns contextos apresentam fragilidades que podem ocasionar implicações para a qualidade da assistência, bem como o gerenciamento dos processos de cuidado e que interferem diretamente no cuidado e no acompanhamento das gestantes e puérperas. Espera-se que, com a apresentação dos resultados deste estudo, possam ser direcionadas ações úteis, possibilitando uma apropriação de uma cultura de segurança forte na unidade, prestando um cuidado com maior segurança às gestantes e puérperas que necessitam de cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS

1. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BR, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]; 73(5):e20190576. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>.
2. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Lanes TC, Ongaro JD. Patient safety in the understanding of health care students. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 23]; 38(2):e64818. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818>.
3. O'Neill L, Miller LA, JD, Rohan AJ. Threats to patient safety in the inpatient maternity setting. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]; 45(2):74-81. DOI: <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000603>.
4. World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009 Jan [cited 2021 Jul 28]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
5. Nadabi WA, McIntosh B, McClelland T, Mohammed M. Patient safety culture in maternity units: a review. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 28]; 32(4):662-76. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2018-0005>.
6. Pietro MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [Cited 2021 Jul 28]; 74(6):e20201315. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>.

7. Araujo ST, Sanches METL, Nascimento WS. Analysis of epidemiological profile of hospitalizations in a maternal intensive care UNIT. *Rev. Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2021 Ago 12]; 9(2):73-8. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1094>.
8. Medeiros TMC, Vísqueira AF, Moraes HMPL, Araujo KRS, Ribeiro JF, Crizóstomo CD. Profile of patients admitted to the obstetric intensive care unit of a public maternity. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 23]; 10(10):3876-82. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201620>.
9. Franchi JVO, Peloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AACM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 20]; 28:e3292. DOI: <https://doi.org/10.1590/2F1518-8345.3470.3292>.
10. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 23]; 32:e00115614. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>.
11. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication n. 18-0036-EF. Rockville, Maryland (USA): Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 28]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>.
12. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 28]; 25(2):e1610015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [cited 2021 Ago 12]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
14. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Barbieri-Figueiredo MC. Organizational indicator of safety culture in a university hospital. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2019 [cited 2021 Ago 12]; 27:e34073. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>.
15. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 23]; 28(11):2199-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
16. Pereira FS, Silveira MS, Hoffmann LM, Peres MA, Breigeiron MK, Wegner W. Perception of the multi-professional team regarding the safety of pediatric patients in critical areas. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM* [Internet]. 2021 [cited 2021 Ago 12]; 11(e42):1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769255250>.
17. Oliveira JGAD, Almeida LF, Hirabae LFA, Andrade KBS, Sá CMS, Paula VG. Interruptions in intensive care nursing shift handovers: patient safety implications. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2018 [cited Jul 23]; 26:e33877. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33877>.
18. Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto JS, Magnago TSBS. Patient safety culture, missed nursing care and its reasons in obstetrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 2021]; 29:e3461. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
19. Nicácio MC, Pereira ALF, Oliveira Neto M, Almeida LF, Penna LHG. Women's safety culture in childbirth and related institutional factors. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Ago 12]; 29:e20190264. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0264>.
20. Telles VG, Fassarella CS, Silva RC, Almeida PC, Camerini FG. Nursing shift handover in surgical clinics: the interface between communication and patient Safety. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 23]; 28:e48402. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48402>.
21. Barbosa IEB, Fonseca AR, Andrade ENM, Maklouf DC, Ribeiro MCS, Rodrigues JPS, et al. Patient safety: main adverse events in the Intensive Therapy Unit. *Rev. Eletrôn. Acerv. Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 23]; 13(2):1-9. DOI: <https://doi.org/9.25248/REAS.e6454.2021>.
22. Serrano ACF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Evaluating patient safety culture in a philanthropic hospital. *REME – Rev Min Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Ago 12]; 23:e-1183. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>.
23. Félix RS, Filippin NT. Patient Safety Culture in a maternity. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM* [Internet]. 2020 [cited 2021 Ago 12]; 10(e73):1-18. DOI: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769240280>.
24. Ferreira ECS, Melo NS. Patient safety culture diagnosis. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [cited 2021 Ago 12]; 13:e242490. DOI: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242490>.
25. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giratto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 23]; 73(5):e20190174. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>.
26. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Ago 12]; 19:a07. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38760>.
27. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 28]; 40(esp):e20180366. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.
28. Oliveira TC, Silva JMO, Nagliate PC, Veríssimo RCSS, Sales MLH, Lucena TS. Adverse events and associated factors in high risk maternities. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 Ago 12]; 11(5):179-86. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3200>.
29. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, Carlotto FD. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 23]; 41(esp):e20190171. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>.