



SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PUÉRPERAS
PATIENT SAFETY IN THE PERSPECTIVE OF PREGNANT AND PUEPERAL
WOMEN

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PERSPECTIVA DE GESTANTES Y PUERPERAS

Roselaine dos Santos Félix¹, Nadiesca Taisa Filippin²

RESUMO

Objetivo: identificar a compreensão de gestantes e puérperas sobre a segurança do paciente e correlacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas às metas internacionais. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, transversal, com 352 pacientes, por meio de um questionário, com dados armazenados no software SPSS 22.0, submetidos à estatística descritiva, apresentado em tabela com frequências absolutas, relativas e teste qui-quadrado. **Resultados:** registrou-se que 60% das pesquisadas desconhecem o tema; 82% não conseguiram reconhecer os riscos relacionados à assistência e 13,5% apresentaram contribuições aos processos de trabalho e estrutura. **Conclusão:** constatou-se o baixo conhecimento das gestantes e puérperas a respeito da segurança do paciente e algumas correlações mostraram-se significativas em relação às metas internacionais. Considera-se que o assunto carece de divulgação, da sistematização de ações que habilitem as pacientes à proatividade e ao engajamento, melhorando a compreensão e cooperação entre os envolvidos. Conclui-se que este estudo pode contribuir para as organizações de saúde e o desenvolvimento de ações que promovam melhorias aos pacientes na maternidade. **Descritores:** Segurança do Paciente; Satisfação do Paciente; Participação do Paciente; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Enfermagem Materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: to identify the understanding of pregnant and postpartum women about patient safety and to correlate sociodemographic and clinical variables with international goals. **Method:** this is a cross-sectional quantitative study with 352 patients, using a questionnaire, with data stored in SPSS 22.0 software, submitted to descriptive statistics, presented in a table with absolute and relative frequencies and chi-square test. **Results:** it was recorded that 60% of those surveyed did not know the subject; 82% failed to recognize the risks related to care and 13.5% presented contributions to work processes and structure. **Conclusion:** the low knowledge of pregnant and puerperal women regarding patient safety was verified, and some correlations were significant in relation to international goals. It is considered that the subject needs dissemination, systematization of actions that enable patients to proactivity and engagement, improving understanding and cooperation among those involved. It is concluded that this study can contribute to health organizations and the development of actions that promote improvements to patients in the maternity ward. **Descritores:** Patient Safety; Patient Satisfaction; Patient Participation; Health Care Quality, Access and Evaluation; Health Services; Maternal-Child Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la comprensión de gestantes y puérperas sobre la seguridad del paciente y correlacionar las variables sociodemográficas y clínicas a las metas internacionales. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, transversal, con 352 pacientes, por medio de un cuestionario, con datos almacenados en el software SPSS 22.0, sometidos a la estadística descriptiva, presentado en tabla con frecuencias absolutas, relativas y prueba chi-cuadrado. **Resultados:** se registró que el 60% de las encuestadas desconocen el tema; El 82% no pudo reconocer los riesgos relacionados con la asistencia y el 13,5% presentó contribuciones a los procesos de trabajo y estructura. **Conclusión:** se constató el bajo conocimiento de las gestantes y puérperas respecto a la seguridad del paciente y algunas correlaciones se mostraron significativas en relación a las metas internacionales. Se considera que el asunto carece de divulgación, de la sistematización de acciones que habilitem a las pacientes a la proactividad y al compromiso, mejorando la comprensión y cooperación entre los involucrados. Se concluye que este estudio puede contribuir a las organizaciones de salud y el desarrollo de acciones que promuevan mejoras a los pacientes en la maternidad. **Descritores:** Seguridad del Paciente; Satisfacción del Paciente; Participación del Paciente; Calidad; Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Servicios de Salud; Enfermería Materno-infantil.

¹Mestra, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3130-6929>; ²Doutora, Universidade Franciscana/UFN. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: nadifilippin@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3140-2486>

INTRODUÇÃO

Configura-se relevante e em permanente evidência a atenção materno-infantil pela necessidade da redução nos índices de morbimortalidade, as melhorias nas ações de humanização da assistência e na qualidade dos cuidados, visto que mais de 70% dos nascimentos globais foram assistidos por profissionais de saúde.¹ Sabe-se que, no Brasil, nascem milhões de bebês, representando a maior causa de internações, o que demanda recursos humanos, estruturais, materiais e organizacionais.²

Destacam-se alguns aspectos positivos das instituições que utilizam a modalidade de alojamento conjunto nas maternidades, na qual a mãe e o bebê sadio permanecem no mesmo ambiente até a alta hospitalar.³ Considera-se que este momento propicia aos profissionais a prevenção de complicações imediatas e mediatas, o apoio social informacional, a educação em saúde e o desenvolvimento de habilidades que resultem em uma interação efetiva.⁴ Oportuniza-se, para as pacientes, um período de aquisição ou desenvolvimento de capacidades, autonomia, segurança e tranquilidade nas novas tarefas, com repercussões favoráveis.⁴⁻⁵

Evidenciam-se as crescentes preocupações relacionadas à segurança dos pacientes (SP) em decorrência das falhas identificadas. Identificou-se, em um estudo, a incidência de 10,21 ocorrências de *near miss* materno por mil nascidos vivos, associadas ao parto cesáreo anterior, à gestação de risco, ao fato de não ter sido realizado o acompanhamento pré-natal e à idade igual ou superior a 35 anos.⁶ Encontrou-se, em uma recente pesquisa, a existência de 33,8 incidentes por mil internações, em que 37 envolveram a maternidade⁷ e, em outra, apontou-se que 1,1% do total das hospitalizações representaram a área materna, com 12 casos.⁸ Afirma-se, diante destas constatações, que inúmeras iniciativas surgiram para organizar, normatizar, implementar e qualificar esta assistência.

Sabe-se, em âmbito mundial, que, a partir do ano 2000, foram lançados os desafios do milênio¹ e o tema SP, discutido na Assembleia Mundial da Saúde (WHA), com a adoção da resolução WHA 55.18, a qual visa fortalecer as práticas seguras e cooperar com os países na formulação de políticas públicas.⁹ Destacam-se, entre algumas iniciativas, as Metas Internacionais, a taxonomia, os desafios globais, a lista de verificação do Parto Seguro e os programas envolvendo pacientes, tornando-os parceiros nos cuidados, de forma

que conheçam os seus direitos e colaborem por meio da prevenção e promoção da assistência.⁹

Verifica-se, no Brasil, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Política de Humanização ao Parto e Nascimento, na qual consta a valorização dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) corresponsáveis pela eficiência dos processos de saúde e no estabelecimento de vínculos e parcerias e a Rede Cegonha, com diretrizes enfatizando as boas práticas e a segurança, além da definição de critérios de habilitação ao alto risco.³ Ressalta-se que ambas precedem o Programa Nacional de SP (PNSP), o qual prevê o envolvimento dos pacientes e familiares, ampliando o acesso às informações e propiciando a cooperação.¹⁰

Configura-se, como possibilidade para as instituições, o estímulo à participação das pacientes por meio de estratégias que as envolvam nos cuidados, incentivando a comunicação efetiva, inserindo-as em espaços de discussão, disponibilizando materiais educativos, capacitando-as para a percepção dos riscos, empoderando-as e desenvolvendo pesquisas sobre o tema.⁹⁻¹¹ Aponta-se, em países desenvolvidos, a criação de planos para o desenvolvimento de pesquisas prioritárias, conforme a orientação dos pacientes, encontrando sugestões para os familiares integrarem equipes clínicas para a discussão, mais educação em saúde, o uso apropriado da experiência profissional e o questionamento dos pacientes na alta hospitalar.¹²

Salientam-se as ações realizadas, as quais contribuem para a definição de outras que impactem em melhorias, em cuidados gerais e específicos, bem como nas suas complexidades. Compreende-se que tais mudanças devem contemplar os profissionais, as pacientes e a adaptação estrutural e organizacional das maternidades, mediada por uma gestão vigilante e comprometida com a assistência segura e de qualidade.^{5,7} Observa-se a carência de estudos que envolvam o entendimento das pacientes sobre SP, porém, constatou-se, em uma pesquisa, a importância deste envolvimento, apresentando, como obstáculos, a falta de conhecimento sobre os conceitos, a preocupação com o conflito na relação profissional/paciente, entre outros.¹¹

OBJETIVO

- Identificar a compreensão de gestantes e puérperas sobre a segurança do paciente e correlacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas às metas internacionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e populacional, empreendido em uma maternidade de grande porte de um hospital de ensino do Sul do Brasil, realizado entre os meses de maio e junho de 2016. Revela-se uma população de 492 gestantes e puérperas internadas, das quais 352 compuseram a pesquisa. Destacam-se os seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos; internadas na maternidade; com condições físicas e intelectuais para responderem ao questionário e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Elencaram-se os seguintes critérios de exclusão: pacientes menores de idade; analfabetas que não dispusessem de familiares para auxiliar no preenchimento, isentando a pesquisadora de quaisquer interferências nas respostas; vítimas de violência; pacientes pós-laparotomia por gravidez ectópica, pós-aborto ou feto morto, com *deficit* cognitivo e na alta hospitalar.

Utilizou-se, como instrumento para a coleta de dados, um questionário construído pelas pesquisadoras, validado previamente por cinco juízes em relação ao conteúdo, *layout* e adequação ao número dos itens, clareza e pertinência. Observa-se que predominaram as questões fechadas, com dados sociodemográficos e clínicos (16 questões) e sobre SP (29 questões), relacionadas às seis metas internacionais, respectivamente, em ordem crescente: a identificação correta dos pacientes; a comunicação efetiva; a segurança medicamentosa; as cirurgias seguras; a redução do risco de infecções e de lesões por quedas.⁹

Contemplou-se a meta 1 na questão: “você sabe por que é necessário utilizar a pulseira de identificação?”, com as opções de resposta “sim” ou “não”; a meta 2, na questão: “quando você pede informação, os profissionais fazem o quê?”, com respostas negativas ou positivas; a meta 3, na questão: “quando lhe oferecem a medicação, o que te dizem?”, com opções negativas ou positivas; a meta 4, na questão: “você tem pulseira de identificação?”; a meta 5, na questão: “você foi orientada sobre a lavagem das mãos?” e a meta 6, na questão: “você já caiu alguma vez no hospital?”; as três últimas ofereciam as respostas “sim” ou “não”.

Convidaram-se as pacientes à participação voluntária na pesquisa; após se obter a resposta afirmativa, esclareceram-se os objetivos, benefícios e possíveis riscos constantes do TCLE, o qual deveria ser

assinado em duas vias. Entregou-se o questionário, com uma prancheta e uma caneta. Recolheram-se os instrumentos e os TCLE's, os quais foram protegidos.

Tabularam-se os dados em uma planilha do programa *Excel® for Windows®*, com posterior exportação para o programa da *International Business Machines (IBM)*, o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Realizaram-se as análises estatísticas por meio de frequências absolutas e relativas e o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância de $\alpha < 0,05$. Categorizaram-se e codificaram-se as questões abertas para a análise, sendo representadas em frequências relativas, incluindo aquela relacionada às sugestões.

Analisaram-se as associações entre as categorias idade (com três intervalos de dez anos), escolaridade (ensinos Fundamental, Médio e superior), início do pré-natal (primeiro, segundo e terceiro trimestres); número de gestações (uma, duas e três, mais de três), tipo de parto (vaginal ou cesáreo) e o número de consultas (até seis ou mais de seis) e as seis metas internacionais de SP, cada uma, representada por uma questão do instrumento.

Seguiram-se todos os preceitos éticos vigentes, garantindo o anonimato, a confidencialidade das informações, a possibilidade de recusa a qualquer momento, sem quaisquer injúrias, conforme o TCLE. Precedeu-se este estudo pela autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa da organização hospitalar envolvida e pela aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Franciscana, sob o parecer número 1.506.961 e CAE: 55094616.6.0000.5306, em 19 de abril de 2016.

RESULTADOS

Abordou-se uma população de 352 pacientes, sendo 251 puérperas (71,3%) e 101 gestantes (28,7%). Identificou-se uma proporção expressiva das pacientes autodenominadas brancas (70%), de religião católica (53%), na faixa etária de 18 a 27 anos (45%), tendo, como nível de escolaridade, o Ensino Fundamental incompleto (32%), como ocupação, do lar (43%), sem remuneração própria (34%), com renda familiar de até um salário mínimo (54%), que possuíam companheiro (27%), utilizavam exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) (76%) e pertenciam à região de saúde referência da instituição (99%). Verifica-se, nos dados clínicos, a prevalência em maior número de partos cesáreos (52%), de início do pré-natal

Félix RS, Filippin NT.

Segurança do paciente na perspectiva de gestantes...

no primeiro trimestre (70%), com mais de seis consultas (59%), de pacientes primigestas (28%) e das doenças hipertensivas (45%) mais frequentes, seguidas das infecciosas (13%).

Constatam-se, nas questões de SP, o desconhecimento do tema (60%), a omissão de resposta (40%) e a não identificação clara dos riscos relacionados à assistência (82%), sendo que apenas 5% das pacientes afirmaram ser bem cuidadas, com respeito, dedicação e qualidade. Verificou-se que a maioria estava satisfeita com a assistência (95%) e avaliava melhor os profissionais quando estes utilizaram conjuntamente a apresentação verbal, o crachá e o avental (46%). Registrou-se, porém, que 34% foram chamadas pelo número do leito, 42% não foram orientadas sobre os cuidados e o tempo de permanência dos acessos venosos, e 60% lavaram as mãos nas opções apresentadas (antes das refeições/amamentar/usar o banheiro, após o banheiro/trocar a fralda/tocar no curativo e quando sujas).

Percebe-se, neste estudo, que diversas gestantes e puérperas utilizavam fármacos previamente (36%), sendo encontrado 0,9% de *near miss* (incidente que não atingiu o paciente) relativo a medicamentos durante a internação hospitalar. Categorizaram-se as sugestões em processos de trabalho (11%) e

estrutura (2%), mas a maioria não respondeu à questão (51%); três itens qualificaram o serviço (24%) como o bom controle da portaria, política implantada com sucesso e atendimento ótimo, seguido de nenhuma sugestão (12%).

Encontraram-se, na categoria processos de trabalho, a melhor higienização dos banheiros, a escuta das pacientes, a disponibilidade ao chamado, a organização dos prontuários na sala de recuperação do Centro Obstétrico (CO), a melhoria na comunicação devido à mudança de conduta entre os plantões, a solicitação de mais profissionais (médicos e serviços gerais de Enfermagem no turno da noite), a agilidade no diagnóstico e exames, melhorias para a internação e alta, a diminuição das filas dos atendimentos, a facilidade do acesso aos familiares (esposo e filhos), não misturar gestantes com puérperas e não permitir acompanhantes do sexo masculino à noite. Abrangeram-se, na categoria estrutura, mais leitos no CO, melhores acomodações aos acompanhantes, o conserto do elevador e a melhoria na identificação das salas.

Apresentam-se os resultados das associações entre algumas questões sociodemográficas e clínicas e as seis metas de SP na tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Associação entre os dados sociodemográficos e clínicos e as metas internacionais de segurança do paciente. Santa Maria (RS), Brasil, 2016.

Categorias	Meta 1 Identificação		Meta 2 Comunicação		Meta 3 Medicamentos		Meta 4 Cirurgia		Meta 5 Infecções		Meta 6 Quedas	
	S	N	Neg	Pos	Neg	Pos	S	N	S	N	S	N
Idade												
18-27	119	37	7	158	25	138	153	10	128	31	3	160
28-37	110	24	5	133	17	120	132	3	109	29	5	132
38-47	32	6	1	35	9	30	35	5	31	7	1	36
	n=328		n=339		n=339		n=338		n=335		n=337	
	ρ=0,356		ρ=0,905		ρ=0,256		ρ=0,032*		ρ=0,917		ρ=0,626	
Escolaridade												
Fundamental	114	31	9	139	24	128	142	8	123	22	2	144
Médio	115	29	2	146	20	126	142	8	113	34	5	143
Superior	31	6	2	38	5	32	34	2	29	10	2	38
	n=326		n=336		n=335		n=336		n=331		n=334	
	ρ=0,783		ρ=0,100		ρ=0,860		ρ=0,998		ρ=0,150		ρ=0,358	
Início PN												
Primeiro	183	51	9	230	32	209	226	14	184	51	7	231
Segundo	52	9	3	61	12	49	61	3	54	10	0	63
Terceiro	16	5	1	20	4	18	20	1	17	5	1	21
	n=316		n=324		n=324		n=325		n=321		n=323	
	ρ=0,447		ρ=0,930		ρ=0,409		ρ=0,927		ρ=0,547		ρ=0,332	
Nº gestações												
Uma	67	23	1	97	13	80	91	4	70	27	2	93
Duas e três	120	32	5	151	17	140	144	11	129	26	5	153
Mais de três	70	12	7	74	20	65	81	3	66	14	2	78
	n=324		n=335		n=335		n=334		n=332		n=333	
	ρ=0,208		ρ=0,026*		ρ=0,029*		ρ=0,430		ρ=0,082		ρ=0,874	
Tipo parto												
Vaginal	69	13	3	89	11	80	85	5	71	16	4	87
Cesáreo	143	33	8	163	30	146	166	10	146	27	3	169
	n=258		n=263		n=267		n=266		n=260		n=263	
	ρ=0,571		ρ=0,584		ρ=0,287		ρ=0,966		ρ=0,569		ρ=0,204	
Nº consultas												
Até seis	88	33	5	120	18	107	121	6	95	32	3	124
Mais de seis	161	27	8	189	28	168	181	11	157	32	5	188
	n=309		n=322		n=321		n=319		n=316		n=320	
	ρ=0,005*		ρ=0,978		ρ=0,977		ρ=0,696		ρ=0,073		ρ=0,898	

Legenda: S: sim; N: não; Neg: negativo; Pos: positivo; PN: pré-natal; Nº: número; * significativo em $p < 0,05$.

Verificou-se a associação entre a idade e a cirurgia segura ($p=0,032$), entre o número de gestações e as metas de comunicação ($p=0,026$) e medicamentos ($p=0,029$) e entre o número de consultas e a meta da identificação correta das pacientes ($p=0,005$).

DISCUSSÃO

Constata-se o desconhecimento das gestantes e puérperas sobre SP, o que corrobora os achados de uma revisão integrativa,¹¹ a qual descreve que esse resultado se deve à disseminação insuficiente da cultura de segurança e ao baixo envolvimento dos pacientes na sua implementação.¹³ Salienta-se que inúmeras estratégias precisam ser utilizadas, como uma comunicação clara e efetiva, a promoção da autonomia para o autocuidado, o conhecimento dos eventos adversos, a fiscalização dos cuidados pelos acompanhantes, a disponibilidade de manuais e cartilhas, a capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos e a compreensão do assunto de forma sistematizada.¹³

Destaca-se a satisfação das pacientes com a assistência ofertada (95%), em conformidade com outro estudo realizado na mesma instituição, porém, com clientela distinta, o qual identificou precariedades na atenção básica, estendendo-se à área materna.¹⁴ Sugere-se, todavia, que devem ser aprimoradas as estratégias que incluam as influências culturais, estruturais e organizacionais, para promover mudanças na equipe multiprofissional, refletindo as suas rotinas, cumprindo os protocolos, realizando treinamentos,^{7,10} favorecendo orientações às pacientes,¹³⁻⁴ compartilhando decisões e estabelecendo relações éticas.^{5,15}

Encontram-se, nas propostas do PNSP, o comprometimento dos profissionais e a reflexão diária sobre atitudes e condutas, inserindo o modelo de atenção segura, centrado no paciente e com a identificação correta dos envolvidos no ambiente.¹⁰ Defende-se, nesta perspectiva, que mais ações precisam ser desenvolvidas para que os profissionais se identifiquem corretamente e confirmem as pulseiras de identificação antes dos cuidados. Faz-se necessário, além disso, que a instituição aperfeiçoe as sinalizações nestes espaços, obtendo a colaboração na prevenção de incidentes. Reconhecem-se evidências de que a utilização de pulseiras de identificação aprimora as práticas assistenciais e demonstra o engajamento dos profissionais.¹⁵

Averiguaram-se, neste ambiente, casos de *near miss*, essencialmente, pela oferta de medicamentos que as pacientes não usavam, sendo interceptados na última barreira. Comparam-se os achados às pesquisas realizadas em outros estabelecimentos⁷⁻⁸, que identificaram mais erros na área obstétrica e encontraram um maior índice relacionado a medicações e fluidos endovenosos,¹⁶ com prevalência nas unidades de internação.^{7-8,16} Aponta-se que, em relação ao uso prévio de medicamentos, esta pesquisa se sobressaiu pouco em comparação à que encontrou 34% de utilização para doenças pré-existentes,¹⁷ e um estudo belga,¹⁸ que registrou 1,4% de uso de medicamentos pelas gestantes.

Salientam-se as contribuições das pacientes, as quais qualificaram o serviço (24%). Destaca-se, na categoria processos de trabalho, a necessidade de melhorar as condições higiênicas dos banheiros devido à oscilação dos profissionais. Identificou-se, sobre isso, em um estudo realizado em maternidades da Índia, que o treinamento dos profissionais, a implantação de protocolos e a gestão dos sistemas de informações constituem oportunidades para melhorar o serviço.¹⁹

Consideraram-se outras sugestões, como melhorar a comunicação entre os profissionais, devido à mudança de conduta após a troca do plantão médico, a escuta mais atenta às pacientes, o aumento de profissionais no turno noturno, melhorar a internação e alta, a agilidade no diagnóstico e a realização de exames, a reavaliação do acesso aos familiares e a vigilância. Corrobora-se a percepção das gestantes e puérperas em estudos que identificaram falhas nos cuidados obstétricos, como a falta de comunicação e a escassez de profissionais, sobrecarregando o trabalho.¹⁸⁻²¹

Nota-se que as sugestões relativas à categoria estrutura abrangeram o elevador estragado, a identificação dos ambientes, a necessidade de aumentar os leitos do CO e a disponibilização de melhores acomodações aos acompanhantes. Resgata-se, entre algumas normas contempladas pelo Ministério da Saúde (MS), o componente da Rede Cegonha sobre o planejamento e programação da atenção materno-infantil, que garante a oferta de leitos, a adequação física com reformas e a aquisição de mobiliários e equipamentos para a assistência humanizada e qualificada,³ todavia, essas medidas dependem de repasses financeiros da União, da otimização dos recursos recebidos e da definição de prioridades institucionais, melhorando as condições estruturais e organizacionais.²⁰

Félix RS, Filippin NT.

Destaca-se, entre as associações realizadas, a relação entre a faixa etária e a meta sobre cirurgia segura, a qual encontrou 93,8% na idade de 18 a 27 anos, 97,8% entre 28 e 37 anos e 87,5% na faixa de 38 a 47 anos, ou seja, pacientes adultas jovens responderam mais “sim” em relação ao paciente certo para o procedimento correto; sobre o número de gestações com a meta comunicação e medicamentos, nota-se que as pacientes com mais de três gestações responderam negativamente em 8,6% e 23,5%, respectivamente, identificando falhas dos profissionais nas orientações solicitadas e, principalmente, na oferta dos medicamentos, em conformidade a outros resultados.^{7-8,20}

Percebe-se que, na relação entre o número de consultas pré-natais e a meta de identificação correta dos pacientes, as que realizaram mais de seis consultas responderam positivamente em 85,6% dos casos sobre a necessidade de utilizarem a pulseira de identificação, ocorrendo uma redução significativa para 72,7%, no grupo que realizou até seis consultas.

Infere-se que as consultas de pré-natal preconizadas oportunizaram orientações sobre a imprescindibilidade da identificação correta das pacientes e o uso das pulseiras em 85,6% das pesquisadas. Aponta-se que a faixa etária dos 28 aos 37 anos permaneceu em 97,8%, valorizando-a para os procedimentos cirúrgicos certos, visto que quase 52% foram partos cesáreos, porém, a identificação correta, muitas vezes, é desacreditada, o que interfere na continuidade dos cuidados e expõe as pacientes a falhas, mesmo com baixo custo e fácil adesão mediante capacitações.¹⁵

Observa-se que, entre as primigestas, 98,9% ficaram satisfeitas com os esclarecimentos solicitados; as secundigestas e tercigestas questionaram os profissionais previamente sobre a administração dos medicamentos em 89,2% das oportunidades. Acrescenta-se que a promoção da comunicação contribui para o processo assistencial seguro, reflete o modelo de gestão organizacional e beneficia a colaboração entre os envolvidos.^{10,14,20-1}

Acredita-se que as oportunidades resultantes das consultas de pré-natal e da multiparidade, somadas ao perfil jovem e destemido e à busca de conhecimento, tornam a relação paciente/profissional promissora, favorecendo ambos e as instituições, no que diz respeito à promoção do engajamento das pacientes e suas famílias como parceiros, a fim de melhorar a qualidade e segurança.²² Descreve-se que uma das estratégias envolve a comunicação entre

Segurança do paciente na perspectiva de gestantes...

todos e a liderança forte para apoiar as mudanças, conforme o *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.²²

Citam-se várias situações que interferem na assistência materna em seus diversos graus de complexidade, como as dificuldades no acesso, a coleta de exame destinado a outra paciente, a amamentação cruzada, a identificação equivocada, a administração de medicamentos não prescritos, a não identificação de alergênicos, as falhas de manejo, como a transfusão de hemoterápicos e histerectomias, entre outros.⁶⁻⁸ Incluem-se, como fatores de prevenção, o uso rotineiro de *checklists* para os partos vaginal e cesáreo, a identificação e conferência dos cuidados antes de serem realizados, a efetivação dos protocolos e normas, capacitações e a sistematização de parcerias na prática.^{7,9-11}

Revelou-se que a maioria (82%) das gestantes e puérperas não dimensiona os riscos inerentes à assistência à saúde, desempenhando um papel passivo nos processos. Correspondem-se os fatores a serem considerados à baixa escolaridade das pacientes e à inexistência de uma abordagem sistematizada que as oriente para a coparticipação no processo assistencial seguro, identificando resultados desejáveis e/ou falhas. Podem-se justificar estes fatores por meio de um estudo nacional da percepção dos pacientes sobre segurança em atendimentos de urgência, o qual encontrou relevantes dificuldades dos pacientes em ler, falar e compreender as orientações dos profissionais.²⁰

Estima-se que, na Inglaterra, ocorram em torno de 10% de incidentes com danos nas internações hospitalares, havendo limitações de como os pacientes podem colaborar para a segurança dos cuidados.²³ Desenvolveu-se, nessa perspectiva, um programa para reduzir incidentes, reunindo quatro abordagens com avaliação do risco, relato do incidente, envolvimento na prevenção de danos e capacitações, demonstrando que o treinamento produziu aprendizagem e participação, mas não influenciou a mudança geral das atitudes.²³ Entende-se que isso será possível fortalecendo a comunicação²¹ e mantendo o paciente orientado sobre o seu tratamento, tornando-o uma das últimas barreiras na prevenção de incidentes.²⁰

Percebe-se que, ao passo que o desempenho em saúde e o econômico estão interrelacionados e as desigualdades permanecem, as organizações recomendam fortalecer os sistemas de saúde centrados nas

Félix RS, Filippin NT.

peçoas, sustentáveis e de alta qualidade.²¹ Comprovam-se os fatos com investimentos na capacitação de pessoal, defendendo o empenho dos pacientes e promovendo a saúde baseada em princípios de engajamento e empoderamento, o que, nesta relação, significa uma gestação mais segura.^{9-12,21}

Reconhece-se que o termo empoderamento, em sua concepção, envolve o processo e seus resultados, no qual ocorre a transferência de conhecimentos dos profissionais para os pacientes, em uma relação colaborativa, obtendo, como resultado, um paciente mais capacitado na tomada de decisões e na gestão de sua saúde.²⁴ Evidencia-se que o envolvimento dos pacientes produz resultados mais exitosos, entre eles, a comunicação efetiva, clara e aberta entre os profissionais e os pacientes, sendo considerado um mecanismo chave na cultura de SP.^{10-1,21,23}

Apresentam-se, como limitações deste estudo, a falta de parâmetros anteriores e a especificidade do cenário, da cultura organizacional vigente e do instrumento utilizado, o que dificulta comparações entre os resultados obtidos. Sugerem-se novas pesquisas com gestantes/puérperas para a compreensão do tema segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Ressaltou-se, neste estudo, a inexistência do entendimento sobre o tema segurança do paciente pela maioria das gestantes e puérperas, assim como sobre os riscos relacionados à assistência à saúde durante a internação hospitalar. Sugere-se, por algumas associações, que as pacientes adultas jovens, com pré-natal adequado, identificam positivamente as ações em prol dos procedimentos certos e na identificação correta com o uso de pulseiras. Notou-se que as primigestas expressaram mais satisfação nos esclarecimentos recebidos, enquanto as secundigestas e tercigestas apresentaram mais iniciativa em relação à administração dos medicamentos.

Destaca-se que a maioria das pacientes não apresentou sugestões e, das descritas, foram abordados os processos de trabalho e estrutura, constatando que elas percebem as falhas e têm condições de colaborar de forma proativa para a obtenção de melhores resultados na maternidade, se orientadas adequadamente. Concluiu-se que, para alinhar e progredir na compreensão do tema segurança do paciente em consonância às organizações, metas internacionais e objetivos do PNSP, a instituição necessita implementar ações que promovam o engajamento das

Segurança do paciente na perspectiva de gestantes...

pacientes e ampliem a compreensão do assunto mediante o acesso às informações, inserindo-as nos processos de cuidados e em espaços permanentes.

REFERÊNCIAS

1. Organization United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2017 Feb 19]. Available from: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/MDG-2015-June-25.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Jan 28]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07012015.html
4. Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. Nursing intervention identification in rooming-in. Rev Esc Enferm USP. 2010 June;44(2):308-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200010>
5. Rodrigues DP, Dodou HD, Lago PN, Mesquita NS, Melo LPT, Souza AAS. Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2014 June [cited 2017 Feb 19];13(2):227-38. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231>
6. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Suppl 1):169-81. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154213>
7. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. Rev Bras Enferm. 2018 Feb; 71(1):111-9. Doi:

Félix RS, Filippin NT.

Segurança do paciente na perspectiva de gestantes...

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>

8. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 June; 35(2):121-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>

9. World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward programme [Online]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2016 Dec 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

11. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Rev eletrônica enferm.* 2016 June;18:e1173. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33340>

12. Etchegary H, Bishop L, Street C, Aubrey-Bassler K, Humphries D, Vat LE, et al. Engaging patients in health research: identifying research priorities through community town halls. *BMC Health Serv Res.* 2017 Mar; 17(1):192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2138-y>

13. Martin HM, Nayne LE, Lipczak H. Involvement of patients with cancer in patient safety: a qualitative study of current practices, potentials and barriers. *BMJ Qual Saf.* 2013 June; 22(10):836-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001447>

14. Siqueira PG, Silva RM, Beck CLC, Prestes FC, Vedotto DO, Pasa TS. Perception of hospitalized users on the care in health services. *Rev enferm UFSM.* 2016 Oct/Dec; 6(4): 471-81. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222355>

15. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015 Jan/Feb; 23(1):36-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>

16. Göttems LBD, Santos MLG, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev esc enferm USP.* 2016;50(5):861-7.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600021>

17. Nardello DM, Guimarães AMD`AN, Barreto IDC, Gurgel RQ, Ribeiro ERO, Gois CFL. Fetal and neonatal deaths of children of patients classified as near miss. *Rev Bras Enferm.* 2017 Jan/Feb; 70(1):98-105. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0405>

18. Galle A, Parys ASV, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health.* 2015 Dec;15:112. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-015-0266-2>

19. Cross S, Afsana K, Banu M, Mavalankar D, Morrison E, Rahman A, et al. Hygiene on maternity units: lessons from a needs assessment in Bangladesh and India. *Glob Health Action.* 2016 Dec; 12(9):32541. Doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.32541>

20. Arruda NLO, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Silva AEBC, Tobias GC, Paranaguá TTB. PATIENT Perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. *J Nurs UFPE on line.* 2017 Nov; 11(11):4445-54. Doi: [10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201722](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201722)

21. Ramos S, Romero M, Ortiz Z, Brizuela V. Safe and family-centered maternity hospitals: organizational culture of maternity hospitals in the province of Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr.* 2015 Dec; 113(6):510-18. Doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.510>.

22. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety [Internet]. Rockville: AHRQ; 2017 [cited 2018 July 15]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/guide.html>

23. Wright J, Lawton R, O'Hara J, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. Improving patient safety through the involvement of patients: development and evaluation of novel interventions to engage patients in preventing patient safety incidents and protecting them against unintended harm. Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2016. Doi: <https://doi.org/10.3310/pgfar04150>

24. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev esc enferm USP.* 2016 Aug;50(4):664-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>.

Félix RS, Filippin NT.

Segurança do paciente na perspectiva de gestantes...

Submissão: 03/05/2018

Aceito: 30/11/2018

Publicado: 01/01/2019

Correspondência

Roselaine dos Santos Félix

Rua Agrimensor João Alves dos Santos, 165

Bairro Camobi

CEP: 97110-833 – Santa Maria (RS), Brasil