

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**Manuela Estrela Baggio**

**TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE SEGURANÇA  
DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE**

**Belo Horizonte**

**2021**

**Manuela Estrela Baggio**

**TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE SEGURANÇA  
DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas  
Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em  
Saúde e Enfermagem**

**Área de concentração: Saúde e Enfermagem  
Linha de pesquisa: Cuidar em saúde e Enfermagem  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Bruna Figueiredo Manzo  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Allana dos Reis Correa**

**Belo Horizonte**

**2021**

B144t Baggio, Manuela Estrela.  
Tecnologia educativa para promoção de ações de segurança do paciente em uma maternidade [manuscrito]. / Manuela Estrela Baggio. - - Belo Horizonte: 2021.  
123f.: il.  
Orientador (a): Bruna Figueiredo Manzo.  
Coorientador (a): Allana dos Reis Corrêa.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Participação do Paciente. 3. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. 4. Maternidades. 5. Tecnologia Educacional. 6. Dissertação Acadêmica. I. Manzo, Bruna Figueiredo. II. Corrêa, Allana dos Reis. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: LB 1028.3

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**ATA DE NÚMERO 668 (SEISCENTOS E SESENTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MANUELA ESTRELA BAGGIO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de abril de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO DA PACIENTE E ACOMPANHANTE NAS AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE*", da aluna **Manuela Estrela Baggio**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Bruna Figueiredo Manzo (orientadora), Allana dos Reis Corrêa, Kleyde Ventura de Souza e Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

**APROVADA;**

**REPROVADA.**

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

**"TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE"**

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de abril de 2021.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Bruna Figueiredo Manzo

Orientadora (EE/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Allana dos Reis Corrêa

(co-orientadora)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kleyde Ventura de Souza

HOMOLOGADO em reunião de CPG  
 Em 07.06.2021

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva \_\_\_\_\_  
(UFSC)

Andréia Nogueira Delfino \_\_\_\_\_

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

### MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **MANUELA ESTRELA BAGGIO**.

As modificações foram as seguintes:

- Retirar o segundo objetivo de pesquisa
- Situar o produto elaborado (cartilha) na dimensão educativa

NOMES

ASSINATURAS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Bruna Figueiredo Manzo \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Allana dos Reis Corrêa \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kleyde Ventura de Souza \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva \_\_\_\_\_

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 07.06.2021



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Figueiredo Manzo, Professora do Magistério Superior**, em 26/05/2021, às 18:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Allana dos Reis Correa, Professora do Magistério Superior**, em 26/05/2021, às 20:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 28/05/2021, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Usuário Externo**, em 08/06/2021, às 08:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 08/06/2021, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0751320** e o código CRC **7B3028AF**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0751320

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 06.06.2021

Dedico esse trabalho à minha mãe, ao meu esposo e ao meu avô (*in memoriam*) que me incentivaram nos estudos e me fizeram acreditar na força do conhecimento, da sabedoria e do amor.

Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** que me capacita todos os dias para seguir em frente com saúde, fé, paz e esperança.

À minha mãe **Telma** que é minha inspiração e me ensina todos os dias com sua fortaleza, criatividade, inteligência, teimosia e determinação.

Ao **Henrique** por me dar força, ânimo para persistir e por sempre vibrar comigo as minhas conquistas.

Ao meu querido avô **Manoel** que fez meu chão estremecer em um ano tão difícil. A saudade que sinto de você foi à essência para que eu não abrisse mão desse sonho e concluísse essa etapa. Hoje, você é minha Estrela no céu.

À minha avó **Ivanete** que com certeza, nunca deixou de orar por mim.

Aos **familiares** que se fizeram casa, lar e abrigo ao longo dessa caminhada.

À minha orientadora **Bruna Manzo**, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pela paciência, pelos puxões de orelha e por não me deixar desistir dessa etapa tão desafiadora na minha vida acadêmica.

À minha co-orientadora **Allana Corrêa**, por também compartilhar seus conhecimentos e por ter me incentivado a tentar o mestrado, quando eu ainda fazia residência.

Aos **amigos** que tanto gosto, mas me distanciei ao longo desses dois anos. Foi preciso!

Às **colegas do mestrado** que tornaram essa caminhada mais alegre e leve.

Aos **colegas da maternidade** pela disponibilidade em contribuir nesse processo de aprendizado, em especial à **Jane**, minha querida dupla de batalha diária.

**À todas mulheres e seus acompanhantes** que dividiram comigo conhecimentos e experiências.

*“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”*

(FREIRE, 2002)

## RESUMO

BAGGIO, Manuela Estrela. **Tecnologia educativa para promoção de ações de segurança do paciente em uma maternidade**. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2021.

**Introdução:** Potenciais riscos aos pacientes são intrínsecos à assistência à saúde, sendo que na maternidade, a ocorrência de eventos adversos pode repercutir em danos a mulher e ao recém-nascido (RN). Diante disso, políticas públicas estabelecem ações de melhoria da assistência por meio da corresponsabilização e participação ativa dos pacientes e acompanhantes no cuidado e na prevenção de incidentes. Nesse contexto, a literatura sugere o desenvolvimento de tecnologias educativas (TE) para aperfeiçoar a comunicação, aumentar a capacidade de escuta e engajar o paciente e família na segurança do paciente (SP). Entretanto, as evidências sobre o desenvolvimento e utilização de TE em busca do maior envolvimento do acompanhante e do paciente na SP na maternidade, especialmente com a participação desses atores são insuficientes. **Objetivos de pesquisa:** Conhecer as percepções e as experiências de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde da maternidade sobre a participação da paciente e do acompanhante na segurança da paciente e do RN. **Objetivo de prática:** Elaborar e avaliar uma tecnologia educativa para promoção do envolvimento das pacientes internadas na maternidade e seus acompanhantes nas ações do cuidado seguro. **Método:** O estudo seguiu os preceitos metodológicos da Pesquisa Convergente-Assistencial e sustentou-se nos fundamentos teóricos de Paulo Freire. Foi realizado na maternidade de um hospital público de Belo Horizonte e a produção de dados foi dividida em três etapas. A primeira etapa subsidiou a construção da cartilha através de entrevistas para conhecer as percepções e o conhecimento dos participantes sobre a SP e a participação da paciente e do acompanhante na segurança; e identificar as barreiras que dificultam colocar em prática as ações de SP. Participaram dessa etapa 13 profissionais de saúde, 11 pacientes e 06 acompanhantes. Na segunda foi desenvolvida a TE em forma de cartilha e na terceira, a mesma foi avaliada pelos participantes. Na última etapa aceitaram continuar participando da pesquisa os 13 profissionais da saúde, 08 pacientes e 05 acompanhantes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e registro de diário de campo. A análise dos dados foi realizada pela análise de conteúdo e foram criadas duas categorias provenientes da primeira etapa: Saberes e experiências sobre a segurança da paciente e do RN na maternidade e Desafios para o envolvimento da paciente e acompanhante nas ações de segurança. **Resultados:** Na primeira categoria os achados evidenciaram que as pacientes e os acompanhantes esboçaram diferentes entendimentos sobre a SP, sendo que a maioria apresentava compreensão limitada sobre o tema e desconhecia como poderiam contribuir para SP. Os

profissionais enfatizaram que as pacientes e os acompanhantes se envolvem pouco na SP e poderiam ser mais informados e estimulados pela própria equipe. A segunda categoria apontou as fragilidades para a participação da paciente e acompanhante nas ações de segurança, como a falta de conhecimento, diálogo e escuta, e a posição autoritária de alguns profissionais. Os achados da primeira etapa contribuíram para a construção da TE, no formato de cartilha. Na terceira etapa, os participantes avaliaram a TE como sendo um material importante para impulsionar a participação das pacientes e acompanhantes na SP. **Conclusão:** O processo interativo e dialogado com os participantes possibilitou a criação da TE como ferramenta importante no envolvimento das pacientes e acompanhantes nas ações de SP. Essa experiência vai ao encontro do pensamento de Paulo Freire que afirma que, o educador deve reconhecer o educando têm saberes, experiências e leituras de mundo próprias, sendo o respeito essencial para influenciar no desenvolvimento de novos saberes.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Participação do Paciente. Envolvimento do Paciente. Engajamento do Paciente. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. Maternidade. Tecnologia Educacional.

## ABSTRACT

BAGGIO, Manuela Estrela. **Educational technology to promote patient safety actions in a maternity hospital**. 124 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2021.

**Introduction:** Potential risks to patients are intrinsic to health care, and in maternity hospitals, the occurrence of adverse events can affect women and newborns (NB). Therefore, public policies establish actions to improve care through co-responsibility and active participation of patients and caregivers in the care and prevention of incidents. In this context, the literature suggests the development of educational technologies (ET) to improve communication, increase listening skills and engage the patient and family in patient safety (PS). However, the evidence on the development and use of ET in search of greater involvement of the companion and the patient in PS in the maternity hospital, especially with the participation of these actors, is insufficient. **Research objectives:** Know the perceptions and experiences of patients, companions and health professionals in the maternity ward about the participation of the patient and companion in the safety of the patient and the NB. **Practice objective** Develop and evaluate an educational technology to promote the involvement of patients admitted to the maternity ward and their companions in safe care actions. **Method:** The study followed the methodological precepts of the Convergent Care Research and was supported by Paulo Freire's theoretical foundations. It was carried out in the maternity of a public hospital in Belo Horizonte and data production was divided into three stages. The first stage supported the construction of the booklet through interviews to learn about the participants' perceptions and knowledge about PS and the patient's and companion's participation in safety; and identify the barriers that make it difficult to put PS actions into practice. Thirteen health professionals, 11 patients and 06 caregivers participated in this stage. In the second, the ET was developed in the form of a booklet and in the third, it was evaluated by the participants. In the last stage, the 13 health professionals, 08 patients and 05 companions agreed to continue participating in the research. Data collection took place through semi-structured interviews and field diary records. Data analysis was performed using content analysis and two categories were created from the first stage: Knowledge and experiences about patient and newborn safety in the maternity ward and Challenges for the involvement of the patient and companion in safety actions. **Results:** In the first category, the findings showed that patients and caregivers outlined different understandings about PS, and most of them had limited understanding of the topic and did not know how they could contribute to PS. Professionals emphasized that patients and companions are little involved in PS and could be more informed and encouraged by the team itself. The second category pointed out the

weaknesses for the participation of the patient and companion in safety actions, such as the lack of knowledge, dialogue and listening, and the authoritarian position of some professionals. The findings of the first stage contributed to the construction of the ET, in the form of a booklet. In the third stage, participants assessed ET as being an important material to boost the participation of patients and caregivers in the PS. Conclusion: The interactive process and dialogue with the participants enabled the creation of ET as an important tool in the involvement of patients and caregivers in PS actions. This experience is in line with the thought of Paulo Freire who states that the educator must recognize that the student has their own knowledge, experiences and readings of the world, with respect being essential to influence the development of new knowledge.

Keywords: Patient Safety. Patient Participation. Patient Involvement. Patient Engagement. Hospital Gynecology and Obstetrics Unit. Maternity. Educational technology.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CE	Comunicação Efetiva
EA	Evento Adverso
EAs	Eventos Adversos
HM	Higienização das Mãos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente-Assistencial
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RN	Recém-nascido
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SP	Segurança do Paciente
TE	Tecnologia Educativa
TEs	Tecnologias Educativas

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquematização da produção dos dados.....	35
Quadro 1 Caracterização das pacientes e acompanhantes participantes da pesquisa.....	42
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	45
Quadro 3 - Fragilidades, informações e orientações.....	68
Quadro 4 - Sugestões e observações referentes à alterações na cartilha .....	77

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	De pesquisa.....	18
2.2	De prática.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	Segurança do Paciente.....	19
3.1.1	<i>Percurso histórico da segurança do Paciente.....</i>	<i>19</i>
3.1.2	<i>Movimentos da segurança do paciente na atenção obstétrica.....</i>	<i>22</i>
3.1.3	<i>A participação do paciente e do acompanhante na segurança do paciente.....</i>	<i>24</i>
3.2	A locução da pedagogia de Paulo Freire com a tecnologia educativa.....	27
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Trajória da Pesquisa Convergente Assistencial.....	33
4.2.1	<i>Fase de Concepção.....</i>	<i>33</i>
4.2.2	<i>Fase de instrumentação.....</i>	<i>33</i>
4.2.2.1	<i>Cenário de pesquisa.....</i>	<i>34</i>
4.2.2.2	<i>Participantes do estudo.....</i>	<i>35</i>
4.2.3	<i>Fase da Perscrutação.....</i>	<i>36</i>
4.2.4	<i>Análise e Interpretação.....</i>	<i>39</i>
4.2.5	<i>Aspectos Éticos.....</i>	<i>41</i>
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	42
5.1	Primeira etapa: subsídios para construção da tecnologia educativa.....	42
5.1.1	<i>Saberes e experiências sobre segurança da paciente e RN na maternidade.....</i>	<i>47</i>
5.1.2	<i>Desafios para o envolvimento da paciente e acompanhante nas ações de segurança.....</i>	<i>61</i>
5.2	Segunda etapa: construção da cartilha como tecnologia educativa.....	68
5.3	Terceira etapa: avaliação da cartilha pelos participantes.....	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICES.....	93
	ANEXOS.....	111

## 1 INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente (SP) tem ganhado destaque no cenário mundial ao representar um problema de saúde pública que afeta todos os países, independente do seu nível de desenvolvimento (PASSOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por SP a redução a um mínimo aceitável do risco ou da exposição ao perigo desnecessário nos cenários de assistência em saúde (BRASIL, 2017a). Por outro lado, a ocorrência de erros ou complicações indesejadas decorrentes do cuidado em saúde é denominada de eventos adversos (EAs) (MAIA *et al.*, 2018).

Potenciais riscos aos pacientes são intrínsecos à assistência à saúde, sendo a hospitalização um acontecimento que potencializa a ocorrência de eventos indesejados (SILVA, 2016). Em se tratando do cenário da maternidade, a ocorrência de EAs pode repercutir em danos a mulher e ao recém-nascido, prolongar o tempo de permanência hospitalar do paciente, aumentar taxas de mortalidade, exigir procedimentos adicionais e/ou substituição de tratamento e, até mesmo, culminar em óbito da paciente ou do recém-nascido (SILVA *et al.*, 2016; BICA *et al.*, 2017).

No mundo acontecem aproximadamente 130 milhões de nascimentos ao ano, dos quais cerca de 303 mil resultam na morte materna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Considerando apenas os países desenvolvidos, há em média nove mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, enquanto nos países em desenvolvimento esse número pode chegar a mil ou mais por 100.000 nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, ocorrem em média três milhões de nascimentos ao ano, sendo que procedimentos obstétricos imprudentes e o sofrimento de disfunções no período perinatal são a terceira causa de novas internações hospitalares e óbito (BRASIL, 2014a). Um estudo desenvolvido no Brasil identificou um total de 114 incidentes referentes ao cuidado obstétrico, sendo que a maioria estava relacionado a procedimentos de assistência à saúde (48,3%) e infecções relacionadas à assistência à saúde (20,1%). Entre os desfechos, 61% das pacientes tiveram alta, 21,1% foram transferidas e 8,8% foram a óbito. Dos dez óbitos identificados, cinco foram relacionados com os incidentes notificados (NEIVA *et al.*, 2019).

Outra pesquisa realizada na Noruega investigou 207 EAs relacionados aos cuidados obstétricos, sendo que desses 2,4% resultaram na morte materna e 42,5% no óbito do recém-nascido. Aproximadamente 48% dos casos relatados envolveram erros graves na prestação do cuidado, sendo que 45,9% dos eventos eram evitáveis. Ressalta-se ainda que, pacientes ou

familiares relataram às autoridades de supervisão 65,2% dos eventos adversos (JOHANSEN *et al.*, 2018).

Diante disso, a segurança do paciente no contexto da maternidade deve ser considerada como área prioritária, tendo em vista às peculiaridades presentes no cuidado as gestantes, puérperas e recém-nascidos, a diversidade de profissionais que participam do cuidado, as tecnologias disponíveis e as intervenções utilizadas (SILVA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2019; STREFLING *et al.*, 2018). Logo, os mecanismos para a proteção materna e neonatal são importantes e de responsabilidade multiprofissional, uma vez que envolvem aspectos estruturais, análise dos processos de trabalho, cultura organizacional para a segurança do paciente, comprometimento do profissional e do gestor, além da necessidade de inclusão da paciente e da família nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2014a).

Com a intensificação das discussões sobre a participação dos pacientes e acompanhantes nas ações de segurança do paciente, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que trouxe como um de seus objetivos o envolvimento de pacientes, familiares e cidadãos nas ações de cuidado para melhoria da segurança e prevenção de EAs (BRASIL, 2014b). Em 2014, direcionado para área da maternidade e neonatologia foi proposto o manual “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade” que visa à construção de sistemas de segurança do paciente na área obstétrica, capazes de possibilitar a redução de erros e danos inerentes ao processo reprodutivo e relacionados à assistência materna e neonatal (BRASIL, 2014a). Esse manual ressaltou a importância de incrementar a participação das pacientes e seus acompanhantes nos cuidados como forma de promover a qualidade e a segurança do paciente nos Serviços de Atenção Materna e Neonatal.

Nessa direção, a OMS instituiu o Programa Paciente pela Segurança do Paciente que foi posteriormente adotado pelo Ministério da Saúde, visando o maior envolvimento do cidadão na sua segurança. Esse programa prevê a melhoria da assistência à saúde por meio da corresponsabilização e participação ativa dos pacientes e seus familiares no cuidado e no controle de incidentes (BRASIL, 2017b)

Tendo em vista que uma das recomendações da OMS para a segurança do paciente é o envolvimento do paciente na sua segurança, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou em 2017 um guia de orientação para que pacientes, familiares, e acompanhantes possam contribuir no aumento da segurança do paciente, denominado por “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”. Este Guia foi destinado aos pacientes, familiares e acompanhantes interessados na segurança,

oferecendo orientações objetivas e práticas sobre como podem participar de sua assistência. O mesmo foi norteado nas metas de segurança do paciente, tais como identificação do paciente, comunicação efetiva, prevenção de erros com medicamentos, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, prevenção de quedas e lesões (BRASIL, 2017b).

Neste sentido, um estudo ressalta a importância da estimulação da participação efetiva do paciente e seu acompanhante a fim de que eles se tornem barreiras para os eventos adversos (PERES *et al.*, 2018). Quando os pacientes e seus familiares são ouvidos e instruídos, participando ativamente do cuidado e tratamento, eles deixam a posição de passividade na assistência à saúde e passam a ser coparticipantes na prevenção de falhas e danos, contribuindo assim para um cuidado mais seguro (BRASIL, 2017b; PERES *et al.*, 2018).

Autores afirmam ainda que, quanto mais informações pacientes e acompanhantes tiverem sobre a SP, melhores serão os resultados das ações em busca de uma assistência livre de danos. Para isso, as tecnologias educativas (TE) que são projetadas para engajar o paciente e seu acompanhante nas ações do cuidado devem ser estimuladas e incorporadas nos planos de ação das instituições (RINGDAL *et al.*, 2017; HIBBARD; GREENE; OVERTON, 2018; KIM *et al.*, 2018).

O engajamento é reconhecido como o envolvimento do paciente ou acompanhante nas tomadas de decisões relacionadas à saúde, capaz de contribuir para melhorias na qualidade e na segurança do paciente (CARMAN *et al.*, 2013). O engajamento é então avaliado com uma escala de pontuação de 01 a 05, conforme o tipo de ação realizada, pela qualidade da informação que flui entre paciente e profissional, quão ativo é o paciente nas decisões de assistência e nas decisões da organização de saúde e na formulação de políticas (CARMAN *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018).

Assim, no nível 01 e 02 a paciente e o acompanhante apenas recebem informações sobre os cuidados de saúde, sendo que no nível 02 esses atores são incentivados a se comunicarem com a equipe de saúde (KIN, 2017). Já os níveis de 03 a 05 são os que permitem um real engajamento das pacientes e acompanhantes, ou seja, no nível 03 pacientes e acompanhantes são capacitados a se envolverem e comunicarem com a equipe responsável pelo cuidado; e no nível 04 eles são colaboradores nas tomadas de decisões referentes ao cuidado seguro. Já no nível 05 de engajamento, as pacientes e seus acompanhantes são integrantes completos da equipe no cuidado, sendo corresponsáveis pela segurança do paciente (KIN, 2017).

Apesar dos estudos evidenciarem a importância da participação do paciente e acompanhante na segurança, os mesmos destacam que há uma lacuna entre o que é recomendado na literatura e o que tem sido feito na prática (PERES *et al.*, 2018; RICCI-

CABELLO, 2016; SILVA *et al.*, 2016; RINGDAL *et al.*, 2017). O envolvimento desses atores pode ficar fragilizado à medida que profissionais de saúde deixam de incluí-los nas ações de segurança, bem como não oferecem oportunidades de diálogo e escuta sobre as inquietações advindas da assistência.

Na maternidade cenário da pesquisa, percebe-se que não há uma padronização das informações a serem compartilhadas com as pacientes e acompanhantes em relação às ações de SP, além destes não serem instruídos de que podem contribuir com os profissionais de saúde em busca do cuidado seguro. Geralmente as informações sobre a paciente, demandas de cuidados e a maneira com que eles podem contribuir para a segurança e a tomada de decisão nos cuidados em saúde são escassas ou condicionadas apenas a alguns profissionais. Ademais, não são oferecidas muitas oportunidades de diálogos e interações entre os profissionais, pacientes e acompanhantes, especialmente no que tange o assunto da SP.

Um recente estudo adverte que pode existir uma superioridade do profissional que elege o que repassar de informações e como transmiti-las e, ainda, desconsidera os saberes e vivências daqueles que recebem a informação, situando-os como sujeitos passivos do processo educativo (OLIVEIRA; ALVIM; TEIXEIRA, 2019). Segundo Freire (2011b, p. 28) “o homem deve ser sujeito da sua própria educação, não pode ser objeto dela”, o que pode sugerir que os usuários da maternidade não estão sendo considerados como sujeitos no processo de aprendizagem, assim provavelmente, teriam pouca chance de se envolverem com as ações de SP.

Dessa maneira, percebe-se uma necessidade de que profissionais de saúde invistam mais na construção de vínculo com a paciente e o acompanhante, transmitindo confiança, disponibilidade para escuta e esclarecimentos das dúvidas, além de oferecer resolutividade no cuidado, proporcionando assim oportunidades para mudança de atitude desses usuários na assistência. Para essa finalidade, conhecer os saberes e experiências prévias das pacientes, acompanhantes e profissionais sobre a participação da paciente e seu acompanhante na segurança do paciente por meio do diálogo se faz necessário, permitindo a construção de TEs efetivas para incrementar a participação na SP.

Assim, a literatura sugere que por meio do desenvolvimento de tecnologia educativa é possível aumentar a capacidade de diálogo e de escuta, melhorar a qualidade da comunicação e engajar o paciente na SP. A TE é compreendida como materiais e produtos capazes de promover pensamento, reflexão e ação ao sujeito envolvido no processo, além de servirem como mediadores no processo de ensino-aprendizagem na área de educação em saúde (NIETSCHKE *et al.*, 2012). Ademais, autores sugerem que a TE pode ser eficaz na melhoria da saúde do paciente, na prevenção de eventos adversos em saúde e na redução dos custos com

saúde (CARMAN *et al.*, 2013; HIBBARD, 2013). Dentre as estratégias educativas encontradas na literatura como produção de vídeos e recursos tecnológicos, a utilização da cartilha é o recurso considerado de maior viabilidade financeira e efetividade na transmissão do conhecimento (GRUDNIEWICZ *et al.*, 2015).

Nesse sentido, entendendo a importância da interação entre os profissionais e atores envolvidos no cuidado, a necessidade de buscar eficácia nas informações compartilhadas, e notadamente, incrementar a participação dos pacientes e seus acompanhantes na tomada de decisões do cuidado, optou-se por usar uma TE ancorada no referencial de Paulo Freire. Essa teoria é a base para possibilitar uma educação em saúde de forma reflexiva, libertadora e consciente, que respeita o senso comum do educando e problematiza sua realidade. O resultado disso será a reflexão crítica da realidade, capaz de gerar mudanças e superação da consciência, sem alterar sua essência, levando o indivíduo a entender, analisar e transformar a realidade na qual está inserido (FREIRE, 2000).

De acordo com Paulo Freire, o constructo educativo deve levar em consideração o diálogo como elemento chave para aproximação entre educador e educando, a problematização que possibilitará a transformação crítica do contexto vivido e a humanização dos métodos educativos que vão permitir o respeito ao ser humano em sua totalidade (FREIRE, 2000).

Tendo em vista que a participação do paciente e acompanhante na SP pode ser influenciada pelos saberes, conhecimentos adquiridos e experiências vivenciadas, torna-se fundamental considerar as percepções desses e dos profissionais, no que se refere ao desenvolvimento de uma TE que visa incrementar a participação dos pacientes e acompanhantes na segurança do paciente. Ademais, até o momento, a literatura apresenta evidências insuficientes sobre uso de TEs que fortalecem o envolvimento do acompanhante e da paciente na SP no contexto da maternidade.

Em face às considerações apresentadas, surge o seguinte questionamento: Como desenvolver uma tecnologia educativa em formato de cartilha e quais às informações devem constar nela, para promover o envolvimento da paciente e do acompanhante nas ações de segurança da paciente e do recém-nascido, considerando as contribuições desses atores e dos profissionais de saúde de uma maternidade?

Este estudo poderá fornecer subsídios para ampliar as discussões e reflexões sobre estratégias e tecnologias educativas que visam o incremento da participação das pacientes e seus acompanhantes na SP na maternidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 De pesquisa**

- Conhecer as percepções e as experiências de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde da maternidade sobre a participação da paciente e do acompanhante na segurança da paciente e do RN.

### **2.1 De prática**

- Elaborar e avaliar uma tecnologia educativa para promoção do envolvimento das pacientes internadas na maternidade e seus acompanhantes nas ações do cuidado seguro.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Segurança do Paciente

##### 3.1.1 *Percurso histórico da segurança do paciente*

A segurança do paciente é um tema que vem ganhando destaque nos últimos anos devido à preocupação com os altos índices de eventos adversos e com a qualidade do cuidado (BERGER *et al.*, 2014; LIANG *et al.*, 2018; PARK; GIAP, 2020). No entanto, não é um tema recente, uma vez que em 460 a.C., Hipócrates já havia sinalizado preocupação com os danos causados ao paciente citando a frase “*primum non nocere*” que significa: primeiro não cause o dano (BRASIL, 2014b). A pioneira da enfermagem, Florence Nightingale também já se atentava para as questões de segurança do paciente, ao afirmar que o hospital não deveria ser lugar de causar danos aos pacientes, e, portanto, na guerra da Crimeia, de 1853 a 1856, se empenhou em reduzir a mortalidade dos soldados, implantando melhorias na higiene e nas condições sanitárias (SOUSA; MENDES, 2014).

Ao longo da história, com os avanços da ciência, do conhecimento e das tecnologias, os movimentos em prol da SP começaram a ganhar força e os estudos sobre a temática tomaram proporções mundiais (SOUSA; MENDES, 2014). Assim, em 1999, nos Estados Unidos da América (EUA) foi publicado o relatório “*To Err is Human: building a safer health system*” pelo Institute of Medicine (IOM) que revelou a ocorrência de dezenas de mortes de pacientes hospitalizados, todo ano, em decorrência de eventos adversos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Com os dados alarmantes apresentados pelo IOM, novas políticas começaram a ser implementadas, sendo que em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que tem como um dos elementos centrais criação de seis áreas de ação: 1- Desafio Global Para a Segurança do Paciente; 2- Envolvimento do paciente e do usuário; 3- Desenvolvendo uma taxonomia para segurança do paciente; 4- Pesquisa no campo da segurança do paciente; 5- Soluções para reduzir os riscos do cuidado em saúde e melhorar sua segurança; 6- Comunicando e aprendendo a melhorar a segurança do paciente. Dessa forma, para concretizar essas ações, a OMS designou a Joint Commission International (JCI) e o The Joint Commission (TJC) como Centro Colaboradores sobre a Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; WEGNER *et al.*, 2016).

Essas organizações publicaram o documento intitulado *The Nine Patient Safety Solutions*, que traduzido para o português significa as “Nove Soluções para a Segurança do Paciente” e que contribuiu para disseminar a cultura de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Como consequência, em 2006 iniciativas foram estabelecidas para solucionar problemas relacionados SP, sendo que dentre elas destacam-se as metas internacionais de segurança do paciente no âmbito hospitalar, propostas pela JCI: 1) Identificar os Pacientes Corretamente; 2) Melhorar a Comunicação Efetiva; 3) Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta-Vigilância; 4) Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto; 5) Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; 6) Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Em nível nacional, as discussões voltadas para a SP iniciaram-se em 2001 com a criação do *Projeto Hospitais Sentinela*, pela ANVISA com o intuito de identificar e notificar os eventos adversos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais (BRASIL, 2014b). No ano de 2008 foi criado no âmbito da enfermagem, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) para fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade nas organizações de saúde, escolas, universidades e organizações governamentais (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

Em 2011, o MS reafirmou sua preocupação com a SP ao publicar a resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 63 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Nesse regulamento técnico, a ANVISA estabeleceu o conceito de segurança do paciente como o conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população (BRASIL, 2011b). Além disso, essa publicação apresentou estratégias e ações voltadas para a SP como: a identificação do paciente, orientações para a higienização das mãos, ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, mecanismos para garantir segurança cirúrgica, orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes, mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011b, p. 4).

Em 2013, a SP tornou-se mais evidente no Brasil com a publicação da Portaria/GM nº 529 do MS, que instituiu o *Programa Nacional de Segurança do Paciente* (PNSP) com objetivos de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde;

promover e apoiar a implementação de iniciativas em prol da SP por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente; envolver os pacientes e familiares nesse processo ao ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à sua saúde; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a Segurança do Paciente; e fomentar a inclusão da matéria no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013).

Essa portaria também trouxe questões norteadoras para elaboração e implantação de protocolos, guias e manuais relacionados à SP, além de redefinir o conceito de *Segurança do Paciente*, como: a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; e expor conceitos básicos relacionados à temática, como o *Dano*: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; o *Incidente*: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; o *Evento Adverso*: todo incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a) e a *Cultura de Segurança do Paciente*: valores, atitudes, competências e comportamentos, determinantes para o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança que privilegiem a oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde em detrimento às condutas de culpabilização e punição (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014b).

No sentido de regulamentar as ações de segurança do paciente, em 25 de julho de 2013, a ANVISA publicou a RDC nº 36 que institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, aplicando-se aos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. O documento introduziu conceitos de gestão de risco trazendo a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, além de notificação, vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

Ainda em 2013, o MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com o objetivo de reforçar a adoção de práticas de segurança e prevenir os eventos adversos relacionados à assistência à saúde publicou a Portaria/GM nº 1.377, em 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c) e a Portaria/GM nº 2.095, em 24 de setembro de 2013 que aprovaram os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, sendo eles: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente e Segurança na Prescrição e Administração dos Medicamentos (BRASIL, 2013d).

### 3.1.2 *Movimentos da segurança do paciente na atenção obstétrica*

A atenção obstétrica é representada por peculiaridades ao longo do processo do cuidar e por isso deve ser uma das áreas prioritárias para a criação de estratégias voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2014a; PARADA, 2019). Tais peculiaridades são relacionadas com o grande número de profissionais de diversas áreas do conhecimento envolvidos na assistência e com os vários procedimentos que são dispensados à mulher e ao recém-nascido, exigindo assim uma vigilância mais efetiva e uma comunicação constante para que não aconteçam EAs durante o cuidar (BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, as estratégias para a SP na atenção obstétrica podem ser baseadas em treinamento individual e em equipe, simulações, desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem, uso da tecnologia da informação e as rondas de segurança (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b). No entanto, tais estratégias ainda são bem tímidas quando evidenciado os altos índices de mortes neonatais evitáveis, o ritmo lento de queda da mortalidade materna (LANSKY *et al.*, 2019) e a ocorrência de casos de morbidades maternas graves em decorrência do *near miss* materno. Destaca-se que o *near miss* materno acontece quando uma mulher quase morre, mas sobrevive a uma complicação ou evento ocorrido durante a gravidez, parto ou puerpério que, na maioria das vezes, está relacionada à qualidade da atenção obstétrica oferecida (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Tendo em vista a importância da segurança materno-infantil, em 1985 a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciaram discussões sobre tecnologias apropriadas para o parto com o objetivo de promover melhorias nas práticas clínicas obstétricas e que garantissem uma assistência segura e humanizada ao parto (PEREIRA *et al.*, 2018). Nove anos depois, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, promovida pela Organização das Nações Unidas, a temática saúde da mulher e maternidade segura voltaram a ganhar destaque nas discussões internacionais devido às altas taxas de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, em decorrência de complicações relacionadas à gestação e ao parto (PARADA, 2019).

Assim, em 1996 a OMS publicou o guia “*Maternidade Segura - assistência ao parto normal: um guia prático*” que reuniu as melhores evidências para a prática obstétrica. Esse guia estabeleceu a classificação das práticas voltadas ao parto normal, considerando sua utilidade, efetividade e periculosidade, sendo assim divididas em quatro categorias: práticas úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma

recomendação clara, e, por isso, devem ser usadas com cautela; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Somente no ano 2000, devido às altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, às discussões e as ações de saúde pública se intensificaram, sendo então criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento pelo MS, através da Portaria/GM nº 569 que assegurou a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto às gestantes e ao recém-nascido. Enfatiza-se que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é necessária para que haja um acompanhamento do parto e do puerpério apropriado às necessidades da mulher, reduzindo os riscos relacionados às práticas intervencionistas que se fazem desnecessárias (BRASIL, 2002). Assim, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha através da Portaria/GM nº 1.459, como sendo uma estratégia no âmbito do SUS, para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres (BRASIL, 2011b).

Em 2014, a ANVISA lançou o manual *Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade* com o objetivo de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, minimizando os danos relacionados à prática assistencial e contribuindo para uma assistência focada na segurança e na humanização. Esse manual apresentou uma discussão breve sobre a segurança, trazendo diversos significados para a mesma e concluindo ao final que, a segurança não se limita apenas à tentativa de evitar a ocorrência de erros durante o cuidado, baseando-se também nas ações positivas que criam um sistema de confiança e que promovem a qualidade da assistência (BRASIL, 2014a).

Um ano depois, a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) publicou a Resolução Normativa nº 368 que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesarianas e partos normais, e sobre a utilização do partograma e do cartão da gestante. Com essa normativa, a ANS objetiva por meio da disseminação de informações de qualidade às gestantes e seus familiares, auxiliar a tomada de decisão sobre o parto, reduzir os riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias e promover melhorias no cuidado à mulher e ao RN (BRASIL, 2015).

Em continuidade à temática, a OMS desenvolveu recentemente uma Lista de Verificação para Partos Seguros, com o objetivo de ser um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às gestantes e apoiar a prestação de cuidados às práticas maternas e perinatais. Cada item da Lista de Verificação é uma ação baseada em evidências que deve ser cumprida para evitar danos à parturiente e ao recém-nascido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Progressos importantes com a criação e implantação de políticas públicas de saúde materno-infantil têm sido instituídos no cenário brasileiro nos últimos anos (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015), no entanto, estratégias, ações e evidências científicas voltadas especificamente para a segurança desse público, durante o processo assistencial, configuram-se como um desafio nas maternidades, uma vez que caminham de forma lenta no Brasil (LIBERATI *et al.*, 2019; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

### 3.1.3 *A participação do paciente e do acompanhante na segurança do paciente*

Os pacientes e os acompanhantes estão sendo cada vez mais vistos como parceiros nos cuidados juntamente com os profissionais de saúde, devido às crescentes evidências dos benefícios da participação deles (LOUCH; O'HARA; MOHAMMED, 2017), como melhoria da qualidade do cuidado (ETCHEGARAY *et al.*, 2014), reconhecimento precoce de sinais e sintomas de deterioração clínica (RAINEY, 2013), menor tempo de internação hospitalar (PASSOS *et al.*, 2016), adesão aos tratamentos de saúde (McTIER, 2013) e redução dos incidentes relacionados ao cuidado (SILVA *et al.*, 2016).

Assim, a literatura evidencia que os pacientes por serem o centro do cuidado e seus acompanhantes por estarem sempre ao lado deles são capazes de sinalizar eventuais erros durante a assistência e serem barreiras na ocorrência de EAs, desempenhando um papel integral na melhoria da segurança do paciente (SKAGERSTROM *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016; ETCHEGARAY *et al.*, 2014).

Diante desses benefícios, a participação do paciente e do seu acompanhante nos cuidados de saúde vem sendo incentivada por programas e iniciativas hospitalares nacionais e internacionais (RAINEY *et al.*, 2013). Internacionalmente, destacam-se o programa *Speak up* criado pela *Joint Commission* em 2002 e reformulado em 2018, a fim de permitir uma participação ativa dos pacientes, familiares e acompanhantes nos cuidados em saúde e incentivar que os mesmos falem com os profissionais de saúde sobre suas dúvidas e questionamentos (THE JOINT COMMISSION, 2021); e o programa criado pela OMS, em 2013, intitulado *Pacientes para a Segurança do Paciente*, que reúne pacientes, familiares e/ou acompanhantes, profissionais de saúde, gestores e vítima de danos como parceiros para melhorar o envolvimento dos pacientes nos esforços de segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

No Brasil, o PNSP previa como um dos seus objetivos o envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado (BRASIL, 2013a), sendo publicado então, em 2017 pela ANVISA

um material voltado especificamente para a temática, intitulado *Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes*, com o objetivo de que esse público participe da segurança do paciente durante a internação sob os seguintes aspectos: identificação do paciente, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, erros de medicação, prevenção de lesões por pressão, prevenção de quedas, prevenção de erros em diálise (BRASIL, 2017b).

Tendo em vista a mobilização pela participação do paciente e seu acompanhante como item primordial no desenrolar de uma assistência segura, faz-se necessário compreender os termos envolvimento, engajamento e ativação (CARMAN *et al.*, 2013). A definição de envolvimento e engajamento, nesse contexto, concentram-se na relação de parceria entre os profissionais, pacientes e acompanhantes para promover, apoiar e fortalecer a tomada de decisão de saúde (KIM *et al.*, 2018). Park e Giap (2019) complementam que envolvimento é o desejo e a capacidade do paciente e do acompanhante de escolher participar ativamente do cuidado, de uma forma que seja exclusivamente apropriada para eles, em cooperação com o profissional de saúde, com o objetivo de maximizar resultados e melhorar as experiências dos mesmos.

O engajamento é um processo contínuo e depende do compartilhamento de informações entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, sendo que esse processo varia de baixo nível, onde as informações são compartilhadas pelos profissionais, até a parceria de alto nível, onde há colaboração e tomada de decisão compartilhada. Salienta-se que todos os níveis de engajamento são apropriados, dependendo apenas do propósito do engajamento (CARMAN *et al.*, 2013).

Por sua vez, a ativação é a competência mais difícil e mais significativa que pode ser alcançada ao engajar os pacientes e acompanhantes (KIM *et al.*, 2018), pois esses atores quando ativados possuem conhecimentos, habilidades e confiança para decidirem sobre os cuidados que serão prestados, sendo, portanto, capazes de monitorar e relatar erros assistenciais e EAs (KIM *et al.*, 2018; CARMAN *et al.*, 2013).

Um guia canadense *Engaging Patients in Patient Safety* desenvolvido em 2019, afirma que o engajamento do paciente no cuidado é um dos elementos importantes para garantir um atendimento seguro e de qualidade, pois a parceria entre os prestadores de serviços de saúde com os pacientes, familiares e acompanhantes mostra-se como forte aliada para que haja respeito e valorização das experiências desses atores, e assim eles possam se perceber como sujeitos capacitados em assumir um papel ativo no cuidado. Logo, deve-se ter em mente três facilitadores para alcançar o engajamento: recrutar e preparar pacientes como parceiros e

membros da equipe e em outras funções; envolver os profissionais de saúde para então envolver os pacientes como parceiros; e garantir que os gestores apoiem o envolvimento do paciente, bem como o cuidado centrado no paciente em todos os níveis de assistência (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2019).

Esse material enfatiza ainda os motivos pelos quais pacientes e acompanhantes devem ser integrados nos processos de SP, como o fato de conhecerem os sintomas e as respostas aos tratamentos estabelecidos de maneira mais precisa e diferenciada; são os melhores investidores no próprio bem-estar ou no bem-estar do paciente; estão sempre presentes durante o processo assistencial; a coragem e resiliência dos pacientes podem inspirar e dar ânimo aos profissionais de saúde e por fim, eles frequentemente percebem quando o cuidado não está sendo realizado da maneira correta e com a devida atenção por parte dos profissionais de saúde (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2019).

Tendo em vista esse contexto, a literatura apresenta estratégias que podem ser desenvolvidas pelas instituições de saúde a fim de facilitar o engajamento do paciente e do acompanhante, como: a educação em saúde através de folhetos, livretos e programas de computador (KIM *et al.*, 2017); o fornecimento de feedback em tempo real sobre a experiência do atendimento (LOUCH; O'HARA; MOHAMMED, 2017); as reuniões entre profissionais, gestores, pacientes e acompanhantes durante todo o período de hospitalização do paciente, com solicitação de constantes comentários do paciente e acompanhante durante a mesma e debriefing - ferramenta que facilita a aprendizagem por meio da experiência- ao término da reunião (LIANG *et al.*, 2018); e a inclusão do paciente e do acompanhante na revisão das intervenções de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Além disso, uma revisão integrativa realizada de 2003 a 2016 identificou também, as formas de atuação dos profissionais de saúde para incentivar o engajamento dos pacientes e acompanhantes, destacando-se a comunicação aberta e efetiva, o fornecimento de informações sobre o plano de cuidado, as orientações sobre como auxiliar os profissionais na redução de erros e o fornecimento de informações sobre a ocorrência de EAs (SILVA *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, reforça-se a importância das instituições de saúde em desenvolverem estratégias para envolver o paciente e o acompanhante no cuidado, uma vez que essa é uma atitude imprescindível para o sucesso da SP, proporciona um sentimento de maior segurança em relação à hospitalização e viabiliza o estabelecimento de uma relação de parceria, pautada na confiança e no vínculo entre todos os envolvidos no cuidar (KIM *et al.*, 2017; LIANG *et al.*, 2018; VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

### 3.2 A locução da pedagogia de Paulo Freire com a tecnologia educativa

As tecnologias em saúde são processos e/ou produtos desenvolvidos, incorporados e utilizados nos sistemas de saúde para melhorar o cuidado que é dispensado ao ser humano (NIETSCHE *et al.*, 2012), podendo ser classificadas em leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve diz respeito às relações propriamente ditas, como a construção de vínculo, o acolhimento e a gestão. Já a leve-dura está ligada aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia. E a tecnologia dura diz respeito ao uso de insumos tecnológicos como máquinas, normas e organizações (MERHY, 2002).

Nesta pesquisa, destaca-se a tecnologia educativa (TE) como um exemplo de tecnologia leve que se utiliza de um conjunto de conhecimentos científicos para tornar viável a operacionalização do cuidar e do educar, com o objetivo de sistematizar experiências e vivências que vão permitir o fortalecimento dos sujeitos, por meio do empoderamento, da autonomia e do bem-estar (SALBEGO *et al.*, 2018; NIETSCHE, 2012).

A tecnologia educativa é um conjunto de conhecimentos que se aplicam a uma atividade educativa partindo da realidade do ser humano, valorizando sua experiência, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo saúde-doença. (WALL, 2001, p. 3).

Assim, a TE pode ser considerada uma prática educativa de grande importância na área da saúde, principalmente para a enfermagem, pois enfatiza o saber-educar, proporcionando ao enfermeiro a realização de melhorias na assistência (JESUS *et al.*, 2018). Logo, as práticas educativas em saúde são mecanismos de promoção da saúde que colaboram com a prevenção e reabilitação de doenças; e despertarem a cidadania e a responsabilidade do sujeito com a saúde (ALVES; AERTS, 2011). Alves e Aerts (2011, p. 324) definem ainda a prática educativa como “o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo”.

Destaca-se que a cartilha como TE foi escolhida por ser um material midiático importante na sociedade atual, informativo e educativo que apresenta formas estáveis de enunciados que circulam na sociedade. Além disso, esse recurso permite versatilidade na apresentação, manuseio, linguagem e ilustrações de modo que estes se adéquem ao público alvo, sendo capaz de comunicar ideias e conceitos de forma rápida, sem cansar o leitor (PAULA; CARVALHO, 2014).

Na enfermagem, a TE consiste num conjunto sistemático e planejado de conhecimentos científicos voltados para promover processos de ensino-aprendizagem sobre determinados assuntos em saúde que tornarão viáveis o planejamento, a execução, o controle, o acompanhamento e a avaliação de um processo educacional; e o desenvolvimento de ações de gerência do cuidado e de serviços, bem como a construção de saberes técnico-científicos (NIETSCHKE *et al.*, 2005; AFIO, 2014).

Além disso, o enfermeiro que utiliza a TE faz uso de uma metodologia que substitui a mecanização do falar e da simples transferência de informações, pela construção de conhecimentos a partir de experiências vividas e do respeito às crenças dos educandos, estimulando o aprendizado por meio das habilidades de reflexão e análise crítica (FONSECA *et al.*, 2011).

Dessa forma, os ideais recomendados para a TE seguem os preceitos da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, para quem a educação é um ato de respeito, liberdade e autonomia, capaz de proporcionar ao educando o desenvolvimento da criticidade frente à realidade vivenciada, podendo assim, transformá-la (FREIRE, 2002).

Pode-se afirmar ainda que, o processo de ensino-aprendizagem problematizador de Paulo Freire leva ao ato reflexivo e esse proporciona à conscientização do sujeito. Logo, o sujeito consciente faz escolhas conforme sua vontade e faz uso da autonomia alcançada, dizendo sim ou não com propriedade, sendo então capaz de transformar sua realidade (FREIRE, 2002). Freire (2014) em seu método de alfabetização salienta que, na “educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como *estão sendo* no mundo *com que e em que se acham*”.

A educação problematizadora faz uso de dois elementos essenciais e que devem ser considerados no desenvolvimento de uma TE, o diálogo e a conscientização.

O diálogo para Freire é considerado:

[...] Uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos (FREIRE, 2000, p. 115)

Portanto, é através do diálogo que o educador levanta questionamentos sobre situações problemáticas no intuito de fazer o educando pensar e refletir sobre questões do seu contexto social, isto é, o processo de ação-reflexão que é construído na relação dialógica garantirá ao ser

humano aquisição de novos níveis de consciência e, conseqüentemente, novas formas de ação (FREIRE, 2002; FREIRE, 2000).

Ainda na concepção das práticas educativas dialógicas, Freire (2014, p. 96) afirma que:

Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também de gerá-lo. Sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação. A que, operando a superação da contradição educador-educandos, se instaura como situação gnosiológica, em que os sujeitos incidem seu ato cognoscente sobre o objeto cognoscível que os mediatiza.

Assim, Freire em seu pensamento educacional afirma que, o ser humano deve ser identificado como “sujeito de conhecimento”, a relação de conhecimento como “gnosiológica” e a educação como a “situação gnosiológica”, ou seja, “aquela em que o ato cognoscente não termina no objeto cognoscível, visto que se comunica a outros sujeitos igualmente cognoscíveis”. (FREIRE, 2011a).

Destaca-se ainda que, a relação de conhecimento não está meramente reduzida à relação sujeito-objeto, sendo necessário que se estabeleça uma relação intercomunicativa entre os sujeitos durante o todo o processo educativo, para que o objeto de conhecimento seja conhecido e transformado. Por fim, Freire afirma que o mundo humano é de comunicação: “comunicar é comunicar-se em torno do significado significante” e a “comunicação é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo”. (FREIRE, 2011a).

Dessa forma, a TE como educação em saúde é uma situação de conhecimento e comunicação, que tem o diálogo como essência durante o processo educacional, pois para Freire (FREIRE, 2011a): “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

O outro elemento importante no processo educacional de Paulo Freire é a conscientização. Esta não engloba apenas o conhecimento da realidade, mas envolve a tomada de consciência, que é a passagem da realidade para um distanciamento da mesma (GADOTTI, 1996), sendo para isso necessário uma ação libertadora. Nesta direção Freire (1980, p. 25) manifesta: “[...] estou absolutamente convencido de que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”.

Assim, a educação libertadora está comprometida em mudar o mundo, encontrar soluções para a realidade, instigar os sujeitos a estarem em constância pela busca de novos conhecimentos e a reaprender o que já haviam aprendido, visto a necessidade de transformação continua da sociedade (GADOTTI, 1996). Além disso, Freire (2014) afirma que o homem é o

agente de sua própria libertação, “ninguém liberta ninguém, assim como ninguém educa ninguém”, mas que para isso é preciso que práticas educativas, como a TE, sejam desenvolvidas para que os educadores possam estar preparados a auxiliar os educandos no processo de construção de conhecimento.

Por fim, a base de sustentação filosófica de Paulo Freire valoriza o processo de construção e aplicação de uma TE nos serviços de saúde, ao incorporar uma educação crítica e reflexiva que vai de encontro com o processo interativo que deve ser estabelecido entre enfermeiro-paciente/acompanhante durante todo cuidado, fazendo com que todos os sujeitos envolvidos na educação percebam o elo existente entre o conhecimento e o afeto, sendo então capazes de observar e refletir sobre a realidade vivida, propondo transformações que valorizam a assistência holística e a humanização do cuidado (SALLES; CASTRO, 2010).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada pelo referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

A escolha pela metodologia qualitativa parte da premissa de que este tipo de abordagem possibilita ao observador investigar o significado de vivências, experiências, cotidianidade, estruturas e instituições de acordo com os sentidos que os indivíduos lhe atribuem, respeitando as crenças, ações e culturas que se entrecruzam, por meio um conjunto de práticas materiais e interpretativas em que a linguagem, a prática e os objetos são indissociáveis (MORSE, 2012; MINAYO, 2001).

Pode-se considerar ainda que, a pesquisa qualitativa preocupa-se com o fato da realidade não poder ser quantificada, assumindo um campo de estudo que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser minimizados à operacionalização de variáveis. Não obstante, para esse tipo de pesquisa há todo um percurso metodológico que deve ser seguido para que a abordagem possa permitir uma sistematização do conhecimento à compreensão lógica do processo em estudo (MINAYO, 2001).

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador o desenvolvimento do conhecimento próprio da profissão, uma vez que investiga problemas da prática profissional e se dedica ao estudo do ser humano e suas relações (LOPES *et al.*, 2008). Assim, a escolha dessa abordagem mostra-se adequada por identificar e explorar o fenômeno estudado e as interações que se produzem, proporcionando o entendimento aprofundado do objeto de pesquisa.

A modalidade de pesquisa adotada, a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que tem articulação intencional com a prática, no intuito de encontrar alternativas de soluções, propor e realizar mudanças e inovações com vistas a solucionar ou minimizar problemas decorrentes das práticas em saúde. Ao utilizar uma variedade de métodos e técnicas, tanto o pesquisador quanto os sujeitos participantes estão ativamente inseridos no processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Essa modalidade metodológica propõe conexão do pesquisador da área da saúde com sua prática assistencial e o seu estudo. Para isso, o pesquisador deve estar envolvido e inserido no local onde acontece a pesquisa, conhecer as demandas e necessidades do campo, construir novos modos de cuidar e/ou inovações no contexto da prática (PAIN *et al.*, 2008; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

É importante ressaltar que no processo da PCA, as informações da pesquisa influenciam a prática assistencial e as informações da prática influenciam na pesquisa, sendo esses processos autônomos e convergentes, garantindo assim uma estreita relação entre pesquisa e assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na PCA, o essencial é a convergência, ou seja, ponto de justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência. Esse compromisso leva a efetivar a construção do nexos pensar e fazer buscando a concretização de mudanças e/ou inovações na prática assistencial em saúde. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 23).

A PCA é caracterizada pelos princípios da imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade. Na **imersibilidade**, o pesquisador precisa estar inserido nas ações da prática assistencial no mesmo espaço físico e temporal em que acontece o estudo. A **simultaneidade** implica no movimento de convergência entre as ações da prática de investigação e da assistência, uma vez que poderá gerar mudanças na prática assistencial face às questões investigativas e vice-versa. A **expansibilidade** possibilita ampliar os objetivos da investigação no momento em que acontece a justaposição entre assistência e investigação, uma vez que nos depoimentos dos sujeitos poderão insurgir temas para novas discussões, expandindo o tema de pesquisa. Por sua vez, a **dialogicidade** é imprescindível para que haja comunicação entre os envolvidos na pesquisa. Esse diálogo acontece justamente devido à convergência existente entre pesquisa e assistência, sem descaracterizar a unidade de ambas, mas proporcionando a troca de conhecimentos com intenção de gerar mudanças (TRENTINI; PAIM, 2004).

Frente ao exposto é evidente que a PCA se configura para além de uma metodologia de pesquisa neste estudo, sendo considerada uma ferramenta fundamental para tornar coerente e harmônico a consolidação de implantação de uma tecnologia educativa na maternidade, com vistas a envolver a paciente e seu acompanhante nas ações de segurança do paciente. Além disso, salienta-se a intrínseca relação das ideias de Paulo Freire com a PCA, uma vez que a PCA está pautada no diálogo crítico e libertador entre profissional de saúde e paciente/acompanhante ou educador e educando, possibilitando assim uma sincronia nos pensamentos e no processo de construção da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida seguindo as quatro fases propostas pela PCA: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004), descritas a seguir.

## **4.2 Trajetória da Pesquisa Convergente Assistencial**

### **4.2.1 Fase de Concepção**

A primeira fase, denominada fase da concepção, diz respeito à gênese do estudo e origina-se da prática profissional do pesquisador. É desta fase que nasce o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, nesta fase ocorreu a delimitação do tema relativo à participação das pacientes e acompanhantes da maternidade na segurança do paciente, atrelado às inquietações que emergiram da minha prática, no que se refere ao frágil envolvimento desses atores na segurança, nesse cenário de pesquisa. Neste momento, os objetivos de pesquisa e prática também foram traçados com o propósito de responder à questão de pesquisa.

Durante a minha experiência profissional enquanto enfermeira de uma maternidade percebi fragilidades quanto a qualidade das informações transmitidas dos profissionais às pacientes e aos acompanhantes, além do limitado estímulo no fortalecimento do diálogo e interação desses atores para que pudessem favorecer a inclusão e a participação das pacientes e dos acompanhantes nas ações de SP. Com isso, a proposta de pesquisa foi apresentada aos profissionais de saúde da maternidade, com o intuito de envolvê-los nas discussões sobre a SP e integrá-los no planejamento de soluções para o problema, com vistas a colaborarem com as mudanças e inovações propostas para a prática.

Ainda nessa fase foi realizada a revisão de literatura sobre o tema, desenvolvido o problema de pesquisa, a introdução do projeto, os objetivos previamente apresentados e definido o referencial teórico que sustentou a análise de dados. O desenvolvimento do estudo seguiu todos os passos do guia de elaboração de estudos qualitativos que coletam dados por meio de entrevistas ou grupos focais: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (SOUZA, 2021).

### **4.2.2 Fase de instrumentação**

Nessa fase acontece a definição do percurso metodológico que possibilita à definição do local da pesquisa, os participantes, as técnicas para coleta de dados e o registro das informações coletadas. É nesse momento que acontece a convergência, definida pelo movimento de aproximação e afastamento, de modo a criar espaços de justaposição entre assistência e pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

#### 4.2.2.1 Cenário de pesquisa

Este estudo foi desenvolvido na maternidade de um Hospital Metropolitano de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Esse hospital é um grande complexo hospitalar que oferece diversas especialidades médicas e atende exclusivamente pelo SUS. O hospital dispõe de Centro de Ensino e Pesquisa, sendo reconhecido como Hospital Escola. A instituição participa de diversos programas do Ministério da Saúde, dentre eles, o programa de qualificação das práticas seguras que buscam envolver os pacientes e os acompanhantes nas ações de segurança do paciente.

A maternidade é referência em gestação de alto risco, assistindo mulheres provenientes da capital mineira e de outras cidades do Estado de Minas Gerais. Possui em média 219 partos por mês, com taxa média de ocupação da maternidade de 90%, com proporção de 60% de parto vaginal. A unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos e enfermeiros obstetras, enfermeiros generalistas, médicos pediatras, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. O bloco obstétrico conta com 03 consultórios, 06 leitos de pré-parto, 01 quarto de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), 01 sala de cirurgia para cesárea, 01 sala para parto normal e 01 sala de recuperação anestésica. Para os partos de mulheres com suspeita ou confirmação do Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) há uma sala reservada e isolada para o parto e para a recuperação anestésica. O alojamento conjunto conta com trinta leitos para o binômio, sendo que três desses leitos são reservados para a gestante, puérpera e seu bebê que sejam casos suspeitos ou confirmados de SARS-CoV-2.

A maternidade contava com a ajuda de doulas, no grego '*mulher que serve*', para dar apoio emocional às gestantes no trabalho de parto. As doulas participavam da assistência no bloco obstétrico toda segunda-feira e quarta-feira, entretanto, esse suporte foi suspenso por tempo indeterminado, devido à pandemia do SARS-CoV-2.

Vinculada à maternidade há o banco de leite e a casa da gestante. O banco de leite recebe doações de leite materno, auxilia o aleitamento materno de puérperas que estão hospitalizadas e faz o acompanhamento após alta hospitalar das mulheres que estão com dificuldade para amamentar. A casa da gestante é um local que recebe gestantes e puérperas de diversas cidades de Minas Gerais, que precisam permanecer na capital para realizar acompanhamento rotineiro no hospital ou que estejam com o RN internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

#### 4.2.2.2 Participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa foram às pacientes, seus acompanhantes e a equipe multiprofissional da maternidade. Estes foram selecionados por conveniência, em função da sua capacidade de contribuir com informações e outras demandas que visavam responder ao objetivo da pesquisa.

Ressalta-se a importância da participação de profissionais de diversas áreas na construção e avaliação da cartilha, pois o processo multiprofissional viabiliza a criação de um material contendo diversas opiniões e enfoques diferentes sobre a mesma temática, fortalecendo assim o trabalho em equipe; e uniformizando e oficializando condutas relacionadas ao cuidado (ECHER, 2005).

Definiu como critério de exclusão os participantes menores de 18 anos de idade. Os profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes que não participaram da etapa de avaliação da tecnologia educativa (terceira etapa), por qualquer motivo, não foram excluídos da pesquisa, uma vez que contribuíram para a construção inicial da TE (primeira etapa).

- **Técnicas para obtenção das informações**

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica de entrevista individual com as pacientes, os acompanhantes e os profissionais de saúde até atingir a saturação da amostra, ou seja, o momento em que a pesquisadora encontrou a lógica interna do objeto de estudo, em suas conexões e interconexões, as entrevistas foram interrompidas (MINAYO, 2017). Para isso, foram utilizados roteiros semiestruturados (APÊNDICES A e B), contendo perguntas abertas e flexíveis para auxiliar a pesquisadora a manter o foco da pesquisa em relação aos objetivos da mesma, e também para oferecer liberdade e espontaneidade ao participante de acordo com a direção do discurso (MINAYO, 2001). Todas as entrevistas foram gravadas com auxílio do gravador do smartphone da pesquisadora e a descrição detalhada do modo como aconteceu às entrevistas está descrito na fase de Perscrutação.

O diário de campo, instrumento importante para o processo de análise dos dados, onde diariamente o pesquisador coloca suas “percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas”, (MINAYO, 2001, p. 63) foi utilizado para anotar os acontecimentos relevantes concernente ao problema de pesquisa, antes, durante e após as entrevistas (APÊNDICE C). Foi observado o comportamento dos profissionais, pacientes e acompanhantes, especialmente em relação às orientações, questionamentos e ações que pudessem influenciar na segurança do paciente na maternidade.

Essas observações e anotações foram feitas diariamente pela pesquisadora, que as utilizou para ajudar na análise das entrevistas.

#### 4.2.3 Fase da Perscrutação

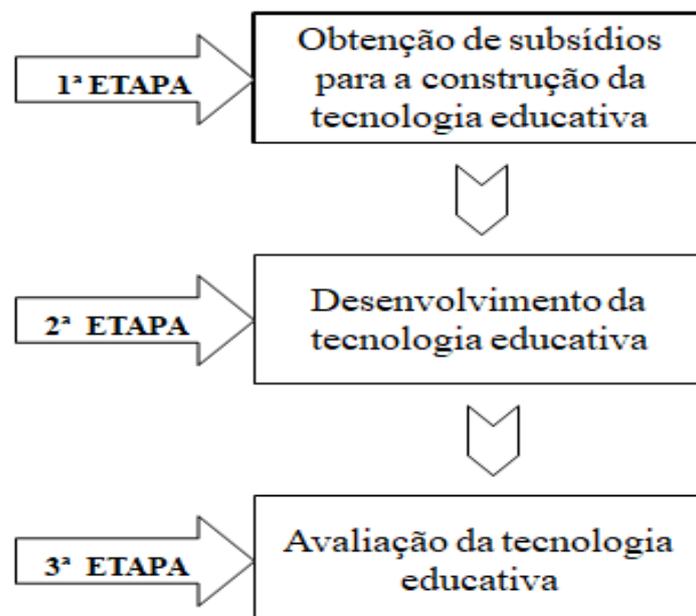
Essa fase exige a formulação de estratégias de refinamento e aprofundamento para que a investigação dos dados coletados aconteça rigorosamente e assim, o pesquisador possa desenvolver o conhecimento técnico e teórico; e promover mudanças no cenário de prática. Normalmente acontece de maneira intrínseca às fases de Instrumentação e Análise (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim sendo, a perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto de investigação: físico, técnico, tecnológico, científico, emocional, cultural, social, senso de ética, entre outros. Desse modo, a perscrutação na PCA ocorre quando informações requerem mais propriedades para tornar realidade às mudanças (TRENTINI; PAIM, 2014, p. 46).

- **Etapas para construção e avaliação da TE**

A TE foi desenvolvida em três etapas subsequentes e interligadas, como apresentadas na FIG. 1.

Figura 1 - Esquemática da produção dos dados



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

- **Primeira etapa**

Nesta primeira etapa o sujeito foi convidado a participar da pesquisa, com explicação das etapas de produção dos dados e dos aspectos éticos, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi distinto para os profissionais de saúde (ANEXO A) e para pacientes e acompanhantes (ANEXO B). Foram utilizados também dois roteiros de entrevistas distintos, sendo um para pacientes e acompanhantes (APÊNDICE A) e outro para os profissionais de saúde (APÊNDICE B), ambos contendo perguntas de caracterização sociodemográfica e perguntas abertas para subsidiar a construção da TE. Destaca-se que o conhecimento prévio dos dados sociodemográficos é fundamental para a imersibilidade da pesquisadora na realidade do participante, auxiliando-a na construção do diálogo no decorrer das entrevistas.

Em uma das perguntas do roteiro das pacientes e dos acompanhantes, a pesquisadora utilizou quatro figuras que remetem às metas internacionais de segurança do paciente na maternidade para instigar e oportunizar o conhecimento de mais elementos referentes aos saberes e às experiências das pacientes e dos seus acompanhantes relacionados à SP. Ressalta-se ainda que, a meta de prevenção de lesão por pressão não foi abordada nesse estudo, pelo fato da paciente e do RN ficarem internados um período máximo de 48 horas e terem a mobilidade preservada, o que significa um baixo risco para desenvolvimento de lesão por pressão.

As entrevistas dessa etapa foram presenciais, gravadas com auxílio de um aplicativo de áudio no smartphone da pesquisadora e duraram em média 15-20 minutos. Não houve recusa ou desistência ao longo das entrevistas.

Todos os participantes foram direcionados para um espaço reservado na maternidade, onde as entrevistas aconteceram de forma individualizada. No caso das pacientes com dificuldade de locomoção e/ou que não tinham um acompanhante para ficar com o RN no momento da entrevista, a mesma aconteceu no leito da paciente, respeitando a sua privacidade, por meio de um biombo.

Nessa primeira etapa participaram da pesquisa treze (13) profissionais de saúde, seis (06) acompanhantes e onze (11) pacientes, sendo que entre as pacientes, quatro (04) eram gestantes e sete (07) eram puérperas.

- **Segunda etapa**

Essa etapa compreende a construção da TE pela pesquisadora, no formato de cartilha, levando em consideração todas as informações apreendidas no momento anterior com os participantes.

O material foi construído com linguagem clara e ilustrações lúdicas, considerando os elementos encontrados na primeira etapa da pesquisa e achados da revisão de literatura. Além disso, uma profissional especialista em designer gráfico foi contratada para fazer a diagramação e as ilustrações da cartilha.

As ilustrações buscaram evidenciar a realidade das pacientes e dos acompanhantes inseridos na maternidade, proporcionando a leitura visual e a familiaridade com a realidade desses atores inseridos no ambiente, de modo que eles pudessem imaginar-se vivenciando cada ação de SP proposta ao longo da cartilha, acreditando ser capazes de concretizá-las (MARTINS *et al.*, 2019; ECHER, 2005). Assim, para que as ilustrações se aproximassem da realidade do público-alvo, a pesquisadora fez registros fotográficos do ambiente da maternidade, dos uniformes dos profissionais de saúde, das roupas das pacientes, das camas hospitalares, dos berços, dentre outros e disponibilizou para a profissional que fez as ilustrações.

Por fim, foi elaborado um esboço inicial, no *Microsoft Word* com textos e frases que deveriam conter na cartilha e após diversas reuniões entre as pesquisadoras, o esboço final foi encaminhado para a *designer*, que por sua vez desenvolveu as ilustrações e em sequência, uma das pesquisadoras desenvolveu a diagramação da cartilha utilizando o aplicativo *Canva*, resultando na versão inicial da mesma (APÊNDICE D).

- **Terceira etapa**

Essa etapa envolveu apresentação da cartilha aos participantes do estudo e avaliação da mesma com auxílio de um roteiro único semiestruturado com perguntas abertas e flexíveis para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde (APÊNDICE E).

Inicialmente foi enviado um convite no *Whatsapp* de todos os participantes da primeira etapa, para que eles pudessem dar prosseguimento na participação da pesquisa e foi encaminhada também, neste momento, a cartilha em formato virtual, com o intuito de facilitar a leitura em qualquer lugar e possibilitar um tempo maior de leitura até o momento da entrevista.

Aceitaram continuar participando da pesquisa oito (08) pacientes e cinco (05) acompanhantes, havendo perda de duas (02) pacientes, que não foram localizadas, pois o número que disponibilizaram para contato telefônico era inexistente e de uma (01) paciente e um (01) acompanhante que se recusaram em continuar participando. Nenhum profissional de saúde se recusou ou desistiu de participar ao longo das entrevistas, sendo assim, os treze (13) profissionais que participaram da etapa inicial, também participaram desta etapa.

As entrevistas com as pacientes e os acompanhantes aconteceram por ligação telefônica, de acordo com data e horário pré-agendado, devido às restrições impostas pela pandemia do

SARS-CoV-2 e também pelo tempo curto de internação hospitalar na maternidade. As entrevistas com esses participantes tiveram uma duração maior, quando comparada à primeira etapa, em média de 20-30 minutos, tendo em vista contratempos relacionados ao sinal da ligação que em alguns casos falhava, a falta de privacidade da paciente ou do acompanhante durante a ligação, sendo necessário que eles se deslocassem para outro ambiente da residência ou em muitos casos, porque esses participantes estavam eufóricos com o contato telefônico. Salienta-se que esses contratempos não atrapalharam na efetividade das entrevistas, bem como na produção de dados.

Em relação aos profissionais de saúde, as entrevistas aconteceram pessoalmente, em uma sala reservada na maternidade, de acordo com o dia em que eles estavam de plantão no setor, com duração em média 15-20 minutos.

Destaca-se que durante as entrevistas, os participantes foram instigados a avaliar a cartilha que havia sido enviada previamente, criticar o material e sugerir alterações e temas que, porventura ainda não tinham sido contemplados ou não tivessem satisfazendo suas necessidades de conhecimento relacionadas à SP. Em sequência foram realizados os ajustes necessários no material educativo, de modo a contemplar a avaliação e as mudanças sugeridas pelos participantes, resultando assim, na versão final da cartilha (APÊNDICE F).

#### ***4.2.4 Análise e interpretação***

Essa fase foi caracterizada pelo processo de apreensão que se inicia junto com a coleta de dados e organiza as informações; e pelos processos de síntese, teorização e transferência, momentos estes que articulam o referencial teórico com os dados coletados, para assim contextualizá-los (TRENTINI; PAIM, 2004).

- **Apreensão**

Este primeiro processo iniciou com a produção de dados e correspondeu à organização das informações obtidas na coleta de dados e nas notas do diário de campo (TRENTINI; PAIM, SILVA, 2014).

Foi criado um banco de dados no *Microsoft Excel* com a transcrição das entrevistas das pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde, na íntegra; e um banco de dados no *Microsoft Word* com as observações que ocorreram durante a coleta de dados, que estavam contempladas no diário de campo, num processo que permitiu assim “reunir elementos

diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-los num todo coerente” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 55).

Como forma de garantir o anonimato, os participantes receberam codificações pela ordem em que estavam alocadas no banco de dados, sendo “P” referente às transcrições integrais das falas das pacientes e dos acompanhantes (P1, P2, P3...) e “S” quando as transcrições integrais referem-se aos profissionais da saúde (S1, S2, S3...).

- **Síntese**

Este passo consistiu na compreensão das estruturas de relevância e, para isso, o material passou por uma nova leitura e reorganização para que fosse rearranjado em categorias, sendo necessário o retorno sucessivo às informações registradas, resgate de ideias, atitudes e ações observadas, sendo este um exercício para chegar ao sentido das falas e de sua contextualização; e assim ser possível realizar a codificação das entrevistas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para a codificação foi preciso reconhecer as frases e os temas persistentes nos relatos dos participantes e identificar expressões com características relacionáveis, separando-os em parágrafos e identificando-os com códigos conforme a ideia central. Em seguida, todos os parágrafos com a mesma codificação foram reunidos e os códigos mais significativos possibilitaram a construção das categorias que tiveram como fundamento o objetivo proposto na pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

- **Teorização e transferência**

Após a síntese foi realizada a interpretação dos achados em campo. Esse momento resultou na edificação de novos conceitos, culminando para a conclusão do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Cada categoria criada foi nesse momento, teorizada por meio da fundamentação teórica, indo de encontro com a pedagogia de Paulo Freire e possibilitando a formulação de novos conceitos, definições e relações que permitiram ao pesquisador dialogar com o mundo (MORSE, 2003).

Por fim, este foi o momento mais importante, em que todo o processo se findou com a interpretação dos dados que permitiu que às conclusões da teorização fossem aplicadas no cenário de prática profissional da pesquisadora (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Logo, espera-se que a tecnologia educativa construída nessa pesquisa seja implementada como parte da educação em saúde na maternidade, visando à transferência do

conhecimento sobre a segurança do paciente e a importância da paciente e do seu acompanhante nas ações do cuidado seguro.

#### ***4.2.5 Aspectos Éticos***

O presente estudo foi fundamentado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seguiu os preceitos sob os aspectos éticos e científicos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa realizada foi submetida à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO C) e do HOB (ANEXO D), parecer nº 1.944.936 e CAAE nº 54459216.2.3002.5129. Para efetiva legalidade da pesquisa, os participantes ao serem convidados e informados sobre a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A, B).

Foram respeitados os princípios éticos da privacidade, confidencialidade, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia dos dados coletados. Não há conflito de interesses entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa.

Os possíveis riscos relacionados à pesquisa referiam-se ao constrangimento dos colaboradores com a exposição de dados, mesmo sendo garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados de maneira que houvesse proteção da privacidade dos participantes.

Os possíveis benefícios relacionados à pesquisa foram pautados na possibilidade de contribuir positivamente para a melhoria da segurança do paciente na maternidade e possibilitar troca de informações que permitam ações direcionadas para que os próprios pacientes e seus acompanhantes influenciem de forma mais direta nas ações do cuidado seguro.

## **5 RESULTADO E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussões foram divididos conforme as três etapas referentes à produção de dados, pré-estabelecidos na metodologia (FIG. 1) e que foram essenciais para o desenvolvimento da TE. Destaca-se ainda que, a caracterização dos participantes foi realizada na primeira etapa, uma vez que os participantes das etapas subseqüentes são os mesmos, à exceção das desistências que aconteceram ao final da pesquisa.

### **5.1 Primeira etapa: subsídios para construção da tecnologia educativa**

Essa etapa inicia-se com a apresentação dos dados de caracterização sociodemográfica das pacientes e acompanhantes participantes da pesquisa, descritos no QUADRO 1 e as informações referentes à caracterização dos profissionais de saúde que também participaram da pesquisa, descritos no QUADRO 2.

Quadro 1 – Caracterização das pacientes e acompanhantes participantes da pesquisa

(Continua)

Nº	Participante	Idade	Gênero	Situação Conjugal	Escolaridade	Local de Residência	Renda	Profissão	Situação Ocupacional
1	Paciente	25 anos	Feminino	Solteira	Ensino médio completo	Belo Horizonte/ MG	1 a 3 salários mínimos	Comerciante	Empregada
2	Paciente	39 anos	Feminino	Casada	Ensino superior incompleto	Belo Horizonte/ MG	1 a 3 salários mínimos	Técnica de enfermagem	Empregada
3	Acompanhante	27 anos	Masculino	Casado	Ensino superior incompleto	Belo Horizonte/ MG	3 a 6 salários mínimos	Empresário	Autônomo
4	Paciente	23 anos	Feminino	Casada	Ensino superior completo	Contagem/ MG	3 a 6 salários mínimos	Empresária	Autônoma
5	Paciente	37 anos	Feminino	Casada	Ensino médio completo	Belo Horizonte/ MG	1 a 3 salários mínimos	Auxiliar Departamento pessoal	Empregada
6	Paciente	27 anos	Feminino	Solteira	Ensino médio completo	Ribeirão das Neves/ MG	1 a 3 salários mínimos	Operadora de caixa	Empregada

Quadro 1 - Caracterização das pacientes e acompanhantes participantes da pesquisa

(continuação)

<b>Nº</b>	<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Situação Conjugal</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Local de Residência</b>	<b>Renda</b>	<b>Profissão</b>	<b>Situação Ocupacional</b>
7	Paciente	23 anos	Feminino	Solteira	Ensino médio incompleto	Belo Horizonte/ MG	1 salário mínimo	Catadora de material reciclável	Desempregada
8	Paciente	22 anos	Feminino	Solteira	Ensino fundamental completo	Belo Horizonte/ MG	1 salário mínimo	Comerciante	Autônoma
9	Acompanhante	35 anos	Masculino	Casado	Ensino fundamental completo	Vespasiano/ MG	1 salário mínimo	Armador da construção civil	Autônomo
10	Paciente	28 anos	Feminino	Solteira	Ensino médio completo	Igarapé/ MG	1 salário mínimo	Segurança	Autônoma
11	Acompanhante	24 anos	Masculino	Solteiro	Ensino médio completo	Igarapé/ MG	1 salário mínimo	Vigilante	Autônomo
12	Acompanhante	44 anos	Feminino	Casada	Ensino médio completo	Esmeraldas/ MG	3 a 6 salários mínimos	Auxiliar de serviços gerais	Empregada
13	Paciente	26 anos	Feminino	Casada	Ensino médio completo	Novo Cruzeiro/ MG	1 salário mínimo	Funcionária pública	Empregada

Quadro 1 - Caracterização das pacientes e acompanhantes participantes da pesquisa

(conclusão)

Nº	Participante	Idade	Gênero	Situação Conjugal	Escolaridade	Local de Residência	Renda	Profissão	Situação Ocupacional
14	Paciente	21 anos	Feminino	Solteira	Ensino superior incompleto	Guaraciaba/MG	1 a 3 salários mínimos	Estudante	Estudante
15	Acompanhante	56 anos	Feminino	Divorciada	Ensino fundamental completo	Belo Horizonte/MG	1 salário mínimo	Cuidadora de idosos	Empregada
16	Paciente	27 anos	Feminino	Solteira	Ensino médio completo	Belo Horizonte/MG	1 salário mínimo	Telefonista	Desempregada
17	Acompanhante	39 anos	Feminino	Solteira	Ensino fundamental incompleto	Mateus Leme/MG	1 salário mínimo	Auxiliar de serviços gerais	Desempregada

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa

<b>Nº</b>	<b>Idade</b>	<b>Local de Residência</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de experiência</b>
1	26 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	02 anos
2	38 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	19 anos
3	29 anos	Pedro Leopoldo/ MG	Técnica de enfermagem	01 ano e 06 meses
4	27 anos	Belo Horizonte/ MG	Fisioterapeuta especialista em saúde da mulher	02 anos
5	50 anos	Lagoa Santa/ MG	Psicóloga	26 anos
6	42 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	05 anos
7	44 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	06 anos
8	46 anos	Belo Horizonte/ MG	Enfermeira generalista	05 meses
9	39 anos	Belo Horizonte/ MG	Enfermeira obstetra	15 anos
10	36 anos	Belo Horizonte/ MG	Médica pediatra	10 anos
11	36 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	02 anos
12	58 anos	Belo Horizonte/ MG	Técnica de enfermagem	37 anos
13	30 anos	Pedro Leopoldo/ MG	Enfermeira obstetra	05 anos

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Ainda em relação às informações de caracterização dos participantes, 82% das pacientes e acompanhantes foram do sexo feminino e 18% no sexo masculino e 100% dos profissionais de saúde foram do sexo feminino. A faixa etária com maior percentual na pesquisa foi de 20 a 29 anos para as pacientes e acompanhantes (64,5%) e de 30 a 39 anos em relação aos profissionais (38%). Por fim, o tempo de experiência dos profissionais de saúde variou entre a 01 a 09 anos, correspondendo a um total de 45%.

Essa primeira parte do estudo foi fruto do diálogo que emergiu entre a pesquisadora e os participantes e objetivou conhecer a percepção e as experiências das pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde sobre a segurança da paciente e do RN na maternidade e conseqüentemente, auxiliar nas etapas seguintes. A partir da análise dos dados produzidos, surgiram duas categorias: “Saberes e experiências sobre a segurança da paciente e do RN na maternidade” e “Desafios para o envolvimento da paciente e do acompanhante nas ações de segurança”.

### ***5.1.1 Saberes e experiências sobre segurança da paciente e do RN na maternidade***

Pacientes e acompanhantes esboçam diferentes entendimentos sobre o termo SP, sendo que a maioria apresentou compreensão limitada e sem definição concreta do conceito de SP, com foco principalmente no controle do fluxo de paciente no hospital, limpeza do ambiente e qualidade no atendimento.

“Segurança é relacionado à entrada, saída, números de pessoas que ficam com você lá dentro” (P1).

“Em um hospital assim, que não tem limpeza adequada, a pessoa não vai ficar segura se for um lugar sujo, porque está tratando de vidas, né?” (P4);

“A segurança aqui na maternidade é a questão da higienização, principalmente em meio a uma pandemia dessas, as coisas devem estar mais limpo possível, né? Então, é a limpeza mesmo em geral, não só a do banheiro, mas da maca...” (P3).

“Ser bem tratado... Vocês tratam a gente muito bacana e isso envolve a segurança. Questão de confiança!” (P11).

Esses achados assemelham-se a dois estudos (PERES *et al.*, 2018; RICCI-CABELLO, 2016) que se propuseram à explorar as percepções e os conhecimentos sobre a segurança do paciente. No estudo realizado na atenção primária, na Inglaterra, pode-se perceber que os pacientes não têm conhecimento definido sobre a temática, sendo que os conceitos trazidos por

eles são heterogêneos e relacionados aos registros médicos, erros de medicações, bem-estar e qualidade das técnicas relacionadas ao cuidado (RICCI-CABELLO, 2016). O outro estudo, realizado na pediatria de um hospital brasileiro, indicou que a maioria dos acompanhantes de crianças hospitalizadas nunca haviam escutado falar sobre a SP ou não tinham conhecimento adequado sobre o tema (PERES *et al.*, 2018).

Percebe-se ainda que poucos entrevistados expressaram pontos de maior aproximação com o conceito de SP estabelecido pela OMS, considerando os cuidados com a higienização das mãos, prevenção de erros de medicação, prevenção de queda e identificação segura do paciente.

“É o cuidado em virar, tem o cuidado também em dar banho, o cuidado da hora da comida. E fora a limpeza, né? Ficar sempre com a mão limpa. Toda hora tem que lavar e passar álcool” (P15)

“No caso dar o medicamento certo, na hora certa” (P10)

“A pulseira que a gente coloca no bebê e na mãe, essas coisas pra mim são segurança mesmo” (P2)

“Lavar as mãos, levantar a grade, né? Identificar os remédios” (P17).

Esse resultado vai ao encontro com outros estudos que, evidenciaram que os participantes mencionaram algumas ações de SP, mas demonstraram limitações conceituais sobre a temática (PERES *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2020). Nessa direção, destaca-se que os participantes que apresentam escassez ou limitação de informações, provavelmente não conseguirão compreender a importância da sua participação na SP, bem como não saberão como engajar nas práticas seguras (VILLAR, 2020).

Assim, fica evidente a necessidade de buscar ferramentas educacionais que facilitem a transferência de conhecimento por meio do diálogo, da interação paciente, acompanhante e família, para que esses atores possam ser informados, incluídos no cuidado e encorajados a contribuir com a SP.

### **Identificação correta da paciente e do recém-nascido**

Em relação à meta internacional de identificação da paciente e do RN na maternidade, alguns participantes reconheceram a importância do uso da pulseira de identificação com finalidade de evitar trocas de paciente ou sequestros de RN dentro da instituição. Entretanto, alguns profissionais de saúde expressaram que não é comum ver a paciente ou o acompanhante atentos ou participativos no processo de identificação.

“Às vezes perde a pulseirinha e eles não tem essa preocupação em comunicar aos profissionais que isso foi perdido, né? Às vezes não tem essa percepção de troca do bebê [...] Se perde a pulseirinha do bebê, tem que saber o risco que corre de alguém pode inadvertidamente pegar esse bebê.” (S10)

“A mesma pulseirinha que eu tenho, ele [o recém-nascido] também tem no pé. Se eu perder a minha ou a dele, eu não saio com ele daqui da maternidade, porque até eu provar que ele é meu filho, não deixam sair por causa de rapto. E se alguém quiser sair com ele, também não vai conseguir.” (P4)

“A pulseira é para identificar o neném, pra não ter caso de roubo, igual antigamente tinha, né?” (P7)

“É sempre bom ter identificação pra poder não ter problema com medicamento”. (P10)

Pode ainda perceber em alguns depoimentos, relatos de cuidados realizados pelo profissional e pela paciente em relação à identificação segura.

“Quando você pega o paciente, você confere, por exemplo, o nome e eu sempre falo com a paciente que quando ela for falar o seu nome [...] ela nunca vai falar só o primeiro nome. Ele vai falar sempre o nome completo.” (S2)

“O profissional tem que chegar e perguntar [o nome], mesmo com o documento na mão”. (P3)

De acordo com as políticas de melhoria da segurança dos cuidados em saúde, a OMS prioriza a correta identificação do paciente com o uso de pelo menos dois identificadores, além da padronização de abordagens para identificação do paciente dentro do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). A identificação das pacientes e dos RN na maternidade é uma etapa essencial na prática assistencial, pois garante a legitimidade daquele que vai receber o cuidado, proporcionando ao profissional a realização do tratamento ou procedimento com segurança e qualidade, reduzindo o risco de incidentes (LAURINDO *et al.*, 2016; DORNEELES; SCHLOTFELDT; DORNELLES, 2020).

Entretanto, um estudo realizado em uma maternidade brasileira revelou que 15,4% dos recém-nascidos estavam sem pulseiras de identificação e 18% das pulseiras tinham dados que não conferiam com os do prontuário. Verificou-se que em 80,9% dos casos, a pulseira não foi checada antes dos procedimentos de enfermagem, e a mãe ou o responsável não foram orientados sobre uso da pulseira em 76,8% dos entrevistados (SILVA *et al.*, 2019). Corroborando com esses achados, um estudo realizado em um hospital na Turquia revelou que mais de um terço dos participantes disseram que nunca foram informados sobre o uso de pulseiras de identificação (CENGIZ; CELIK; HIKMET, 2016). Outro estudo constatou que das iniciativas realizadas para segurança dos pacientes, a menos observada foi à identificação (SOUZA; SILVA, 2014). Nesse sentido, Gomes *et al.* (2017) alertam para a prevenção de EAs

na assistência em saúde com a verificação da identificação do paciente, ressaltando que é um método simples, eficaz e financeiramente acessível.

Em contrapartida, outro estudo realizado na clínica obstétrica e no centro obstétrico em São Paulo evidenciou 2,3% ausências de pulseiras de identificação nas pacientes e 2,7% das pulseiras presentes com os identificadores apagados, considerando o monitoramento pela equipe e a intervenção educacional como estratégias para melhoria nesses índices (TASE, RONCHIN, 2015).

Diante dos achados na literatura e dos depoimentos é possível perceber a importância de enfatizar a participação da paciente e do acompanhante no momento da identificação do paciente. O envolvimento da paciente e do seu acompanhante no processo de identificação, sobretudo na conferência dos dados da pulseira com o profissional, antecedendo o cuidado que será prestado é essencial para que essa ação seja continuamente prestada (PHILLIPS *et al.*, 2012). Quando as pacientes reconhecem a importância do uso da pulseira de identificação, elas valorizam o seu uso (COSTA *et al.*, 2020) e solicitam que elas sejam colocadas ou trocadas em caso de perdas, dados ilegíveis ou errôneos (LATHAM *et al.*, 2012).

Os profissionais, em muitos casos, entendem a importância da pulseira de identificação, mas não realizam a conferência da mesma, pelo fato de sentirem confiança na relação com o paciente, uma vez que dialogam com eles e sabem o seu nome (COSTA *et al.*, 2020). Phillips *et al.* (2012) apontam em seu estudo que os profissionais não verificam a pulseira de identificação a cada intervenção por acreditarem que ao longo do turno de trabalho estão familiarizados com seus pacientes e esta não é mais vista como uma estratégia necessária para redução de erros assistências. Entretanto, essa atitude pode desencadear enganos e levar a erros graves, uma vez que a paciente e o RN recebem cuidados fragmentados por turnos, de uma equipe extensa e multiprofissional.

Assim, o comprometimento e a responsabilidade do profissional com a identificação da paciente e do RN na maternidade são elementos que auxiliam na produção do conhecimento e no envolvimento da paciente e do acompanhante nesse processo que é primordial para minimizar a ocorrência de incidentes (LAURINDO *et al.*, 2016). Ademais, a identificação por meio de pulseiras é um método simples, eficaz e financeiramente acessível para as instituições de saúde (PERES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019).

### **Redução de danos relacionados ao risco de queda**

Em relação ao risco de queda na maternidade, as entrevistas mostraram que os profissionais atentam para esse problema e orientam a paciente e o acompanhante sobre a possibilidade de queda da paciente e do RN, bem como sobre as ações preventivas, como elevação das grades dos leitos, leitos baixos, não deixar o RN sozinho na cama e evitar pisos úmidos.

“Não deixar o neném em cima da cama, porque ele pode rolar. Muitas vezes eu já falei isso, porque já aconteceu do neném rolar e cair no chão”. (S12)

“Prevenção de quedas não é só a gente levantar a grade. É a paciente não deitar na beiradinha [da cama]” (S1)

“Mulher em maca com o bebê é um risco e o que acontece, ela vai ter que amamentar em maca, então assim, tem que ter esse cuidado tanto da enfermagem e delas também. As grades [da maca] ficam elevadas agora que a gente tem o check list do parto seguro” (S9)

“Uma das coisas é a grade, a questão de travar a cama, muita coisa [...] A gente deve estar atento a questão do banheiro também, porque quando o piso molha é um risco muito grande de queda” (S11)

“No caso da paciente que está em trabalho de parto, você deve tentar levantar a grade” (S14)

Porém, por meio dos registros de diário de campo pode perceber que apenas alguns profissionais da maternidade têm o cuidado em elevar as grades dos leitos das pacientes e orientar a paciente e o seu acompanhante sobre a importância dessa prática, apesar do risco de queda ser frequente na maternidade, principalmente quando a paciente retorna do bloco obstétrico, após procedimento cirúrgico e ainda não deambulou. Dessa forma, é essencial que o profissional reforce as orientações de prevenção de queda com a paciente e acompanhante para que eles possam ser mais uma barreira para não haver a quebra da segurança.

Ainda em relação aos registros do diário de campo, foi frequente assistir a preocupação dos profissionais em relação à manutenção do RN nos berço, enquanto a mãe dorme ou quando ela ou o seu acompanhante se ausenta para realizar, por exemplo, higiene corporal. Além disso, esses profissionais reconheceram a importância de realizar medidas de orientação e conscientização às pacientes e aos acompanhantes sobre o risco de queda do RN e da mulher.

“Eu particularmente vou pontuando durante o meu plantão, tipo, a mãe que deixa o neném na cama e corre pra pegar uma gazinha [...] eu falo para elas que a gente acha que não acontece com a gente [a queda do RN da cama], mas acontece” (S6)

“Olha uma coisa que eu vejo muito e chamo muita atenção são as mães colocarem os nenéns pra amamentar deitada, né? [...] Aí eu vejo e peço. E ainda mais, porque nem sempre elas colocam o bebê no canto, na parede, colocam na beirada da cama. Então, isso eu vejo muito e me preocupo” (S7)

“A gente orienta a paciente que, quando escorre muito líquido [durante o trabalho de parto] tem que ter cuidado pra não escorregar e no pós-parto imediato, não deve levantar sem a enfermagem, por causa do risco de lipotímia” (S9)

Porém, ficou evidente que às pacientes e os acompanhantes entrevistados não deram muita atenção a esse item de segurança, sendo que apenas duas pacientes conseguiram lembrar sobre a importância de ter as grades do leito levantadas, mesmo diante da imagem apresentada a elas, durante a entrevista.

“Essa proteção aí [imagem de uma paciente no leito com as grades elevadas] é para não cair, né?” (P10)

“A paciente está em segurança [imagem de uma paciente no leito com as grades elevadas], porque ela pode ficar tonta, pode cair, sei lá, ter algum lapso, né? E aí é importante pra ela a grade. E às vezes, a altura da cama também influencia”. (P14)

Um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde sensíveis à enfermagem é a prevenção de queda de pacientes internados. Os hospitais e profissionais de saúde vêm dedicando atenção e esforço na prevenção de quedas em todas as populações de pacientes, especialmente com RN (GALUSKA, 2011). A queda é um evento multicausal e representa 70% dos EAs no âmbito hospitalar, sendo que ao dia, as taxas de queda variam entre 1,4 a 10,7 quedas para cada 100 pacientes (VICTOR *et al.*, 2017).

Esse evento representa nitidamente a falta de segurança e diz respeito à qualidade da assistência (SEVERO *et al.*, 2014), portanto é indispensável à avaliação da paciente pela equipe de enfermagem durante a admissão, identificando os riscos e estabelecendo medidas de prevenção durante o período de internação, incluindo a orientação da paciente e do acompanhante (VICTOR *et al.*, 2017).

No cenário da maternidade, a maioria das pacientes internadas usa medicações que podem ter efeitos na capacidade da mulher deambular, como é o caso de analgésicos que podem causar sedação ou relaxamento muscular e medicações para controlar a pressão arterial que podem causar hipotensão ou tontura (GAFFEY, 2015). Em mulheres pós-operadas, à equipe deve atentar à presença da sonda vesical de demora e de drenos, além da predisposição a ocorrência de hipotensão postural, por alterações de volume sanguíneo, durante ou após a cirurgia (VICTOR *et al.*, 2017). Na primeira semana de pós-parto, as mulheres também apresentam dificuldades para se locomover e movimentar, necessitando de apoio para realizar as atividades do dia a dia (GAFFEY, 2015).

Um estudo realizado em um centro cirúrgico brasileiro identificou que 28,6% dos pacientes que sofreram quedas haviam realizado cirurgias abdominais, sendo que 8,5% tinham

sonda vesical de demora e 12,8% tinham algum tipo de dreno. Além disso, 47,1% caíram da própria altura, 22,9% do leito e 20% da cadeira, sendo que os fatores ambientais que mais se relacionaram à queda foram o piso molhado em 14,3% dos casos e a ausência das grades elevadas em 11,3% (VICTOR *et al.*, 2017). Todas essas situações e condições assemelham-se à maternidade, uma vez que a maioria das pacientes vão realizar ou já realizaram algum procedimento cirúrgico ginecológico.

Além disso, nesse contexto da maternidade, a equipe também deve estar atenta ao risco de queda do RN. Relatos da literatura comprovam que, quando esse EA acontece na maternidade, estão relacionados à exaustão materna devido à privação do sono ou os padrões de sono alterados, variações hormonais gestacionais, analgesia ou anestesia e amamentação (TORINO *et al.*, 2016; ROUSE *et al.*, 2014; GAFFEY, 2015).

Um estudo recente demonstrou que alguns casos de queda na maternidade aconteceram quando o RN estava nos braços de um dos pais e este adormeceu enquanto o segurava e que isso acontecia com frequência à noite ou nas primeiras horas da manhã, mas na maioria das vezes os pais não relataram o incidente por vergonha ou medo de que alguém pudesse tomar atitudes punitivas contra eles (GAFFEY, 2015).

Com isso, as equipes multiprofissionais manifestam preocupações relacionadas à queda do RN, quando as mães colocam o RN no leito com elas para amamentar, trocar a roupa ou a fralda, aquecê-lo ou para dormir junto com elas e quando elas ou os pais adormecem sentados na cadeira com o RN nos braços (TORINO *et al.*, 2016; ROUSE *et al.*, 2014; GAFFEY, 2015).

Em virtude disso e objetivando a prevenção dos riscos de queda na maternidade, os profissionais precisam avaliar todos os fatores de risco que são preveníveis e em sequência desenvolver intervenções de orientação e estímulo para que pacientes e acompanhantes se envolvam nas ações de segurança (BIASIBETTI *et al.*, 2020).

Para isso, os profissionais devem estimular a participação dos acompanhantes no cuidado com o RN, para que as puérperas possam descansar (TORINO *et al.*, 2016); orientar sobre a importância da paciente não levantar do leito ou se locomover pela maternidade sem o auxílio do acompanhante ou do profissional de saúde; e conscientizar e ensinar às pacientes e os acompanhantes sobre as ações para reduzir a incidência de quedas (BIASIBETTI *et al.*, 2020). Segundo Gaffey (2015), o profissional também deve realizar rondas diárias, principalmente durante a noite, para averiguar se as medidas preventivas estão sendo realizadas, como por exemplo, grades dos leitos elevadas, RNs nos berços e assim corrigir as atitudes que podem ocasionar EAs.

Por fim, a observação da pesquisadora complementa os achados das entrevistas em relação à fragilidade do engajamento das pacientes e acompanhantes na prevenção de quedas, uma vez que esses atores não se mostraram dispostos e preocupados em elevar as grades dos leitos das pacientes, além de frequentemente ver mães adormecidas nas cadeiras com o RN no colo, sem a vigilância do acompanhante. Nesse sentido, deve-se engajar esses atores nas ações de prevenção de quedas, por meio do processo de educação que irá refletir na conscientização e ativar a coparticipação de todos nas ações que previnem as quedas durante a internação (GAFFEY, 2015; ROUSE *et al.*, 2014).

### **Segurança no uso e na administração de medicamentos**

Em relação à segurança na administração de medicação, os profissionais reconheceram a importância de algumas ações que devem ser realizadas por eles, com ajuda da paciente e do acompanhante para a prevenção de eventos adversos.

“Se você orientar sempre quem for medicar [...] é uma segurança para ela [a paciente] e para mim também” (S9)

“Levar a prescrição na beira do leito, conferir nome, leito, tudo bonitinho, igual à gente faz a conferência dos certos, conferir as gotas e informar a paciente. Eu explico assim, o passo a passo pra ela ter uma certa segurança, pra entender o que está sendo feito” (S1)

“Todo profissional técnico ou enfermeiro tem que falar o que esta sendo administrado. Primeiro saber se o paciente tem alergia àquela medicação e orientar o que vai ser feito e pra que ela serve. Não é simplesmente toma esse medicamento e pronto” (S11)

“O profissional sempre ao administrar a medicação, informar a medicação, a dose que foi prescrita, o nome da medicação, pra que ela serve. Eu acho que isso seria muito importante, porque na maioria das vezes o paciente recebe uma medicação que ele tem o conhecimento dela” (S8)

Os participantes reconheceram e enfatizaram também a importância da paciente e do acompanhante questionarem os profissionais de saúde sobre a utilização dos medicamentos, buscando a prevenção de incidentes.

“Facilita para a SP quando eles [pacientes e acompanhantes] oferecem ajuda, quando eles questionam uma medicação a ser realizada, em relação aos horários, em relação ao local de aplicação dos medicamentos, eles estão ajudando” (S8)

“A gente tem que ficar mais antenado para poder ajudar vocês. Procurar saber: ‘olha, esse remédio aqui é para que?’ ‘Tem como você me explicar?’. A gente também tem que procurar saber das coisas” (P11)

“Conferir a medicação é até bom pra não dizer ‘ah, eu tomei a medicação errada!’. Então o paciente sabendo a medicação que ele toma, ele indo atrás, ele procurando saber, ele tendo essa preocupação em entender o que ta acontecendo com ele, ajuda o profissional e ajuda ele” (P14)

A terapia medicamentosa na maternidade tem a intenção de aliviar a dor, tratar doenças e/ou auxiliar no processo do parto. Entretanto, os erros durante o processo medicamentoso podem prolongar o tempo de internação, causar reações adversas e danos a paciente, deixar sequelas ou até levar ao óbito, dependendo da gravidade do evento (PAIM *et al.*, 2016).

O erro de medicação é um evento adverso evitável que está associado a um conjunto de práticas e circunstâncias que acontecem longo de todo o processo medicamentoso até o momento da administração (VÓRIA, 2020; SOUZA *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2016). Por este motivo, o processo seguro de administração de medicamento vai desde a prescrição médica, rotulagem, dispensação e distribuição dos insumos até o preparo e administração do mesmo (VÓRIA, 2020; PAIM *et al.*, 2016; PERES *et al.*, 2018), seguindo os nove “certos” como medidas de segurança: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (BRASIL, 2013).

Pode-se constatar pelos relatos que os profissionais da maternidade informam às pacientes sobre as medicações que serão administradas e compreendem a importância da participação delas e dos acompanhantes como barreiras para a ocorrência de erros durante esse momento. Assim, quanto mais bem preparada estiver uma instituição de saúde, com equipes treinadas em relação aos fatores de riscos associados à segurança da medicação e com protocolos atualizados e implantados que visam à participação da paciente e do seu acompanhante durante o processo de administração do medicamento, mais seguro será o cuidado (COSTA *et al.*, 2020; BIASIBETTI *et al.*, 2020).

Pela observação de campo, percebeu-se que antes da administração de um fármaco, os profissionais da maternidade têm o hábito de explicar à paciente sobre o que será administrado e a sua finalidade, porém nem todas as pacientes e acompanhantes mostraram atentos a essa prática. Notou-se ainda que as pacientes e os acompanhantes têm saberes e práticas diferentes durante a realização de medicações, baseado nas vivências referentes à outras internações.

“Teve uma vez que a minha esposa estava passando mal, a médica iria tacar uma vacina nela, que não era para ela. Então tem que estar lendo quem é a paciente para aplicar o remédio, porque às vezes a pessoa tem alergia e pode chegar até a óbito” (P3)

“A mulher ia dar injeção que não era para mim. Ela só chamou o primeiro nome. Ela não chamou o segundo. Na verdade ela chamou o primeiro e o segundo nome, P.C. e tinham duas P.C. na sala. Eu fui a primeira a levantar, aí ela já ia me dar. Ai eu peguei

o papel e falei: Não, moça, essa não sou eu não! Porque eu li o terceiro nome da pessoa” (P4)

“A minha mãe também quase morreu em hospital por causa de medicamento errado [...] eles pegaram e deram um remédio pra ela, mas o remédio parece que não era pra ela. O remédio era pra mulher do lado [...] Aí tiveram que fazer uma lavagem nela, por causa do efeito do remédio. Ela quase morreu” (P10)

No pensamento de Paulo Freire, o educando/ pacientes e acompanhantes não são um depósito que deve ser preenchido pelo educador/ profissional de saúde, pois cada um tem sua experiência prévia e juntos podem aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades na realidade da vida, pois o educador é somente o mediador no processo de ensino-aprendizagem e, portanto, aprende junto com o educando (FREIRE, 2011b).

Sugere-se assim que, o profissional de saúde quando se propõe a fazer uma orientação à paciente ou ao acompanhante precisa considerar as experiências e saberes daquele com quem interage, afinal, educar e educar-se é manter-se em “diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabe, possam igualmente saber mais” (FREIRE, 2011a, p. 25). Nesse sentido, a construção do conhecimento referente à segurança na medicação deve estar pautada na vivência das pacientes e acompanhantes, possibilitando à aproximação entre esses atores e os profissionais.

### **Redução do risco de infecção associado ao cuidado em saúde**

Em relação à meta internacional de redução do risco de infecção associado ao cuidado em saúde, a higienização das mãos (HM) foi a medida mais explorada pelos participantes. Tanto os profissionais, quanto pacientes e acompanhantes enfatizaram a importância da higienização das mãos para a segurança da paciente e do RN na maternidade.

“Tenho que estar sempre lavando as mãos. Se eu for ao banheiro e pegar em certas coisas, eu posso estar transferindo bactérias até mesmo pro meu filho. Se eu lavar as mãos, eu não vou transmitir bactérias” (P6)

“É preciso saber da necessidade da higienização sempre, né? Sempre que ir ao banheiro, higienizar as mãos. O acompanhante sempre higienizar as mãos antes de pegar no bebê” (S2)

“Lavando as mãos é estar cuidando de si próprio e olhando para o próximo e pro paciente” (P9)

“Tem que ficar sempre com a mão limpa. Toda hora tem que lavar e passar álcool” (P15)

“Higienizar mão, principalmente depois que pegar em tudo, pegar no celular e antes de pegar nela [no recém-nascido]. Pra mim, o principal [pra contribuir com a segurança] é higienização” (P16)

Ficou expresso o descontentamento e a preocupação dos participantes quando não são realizadas medidas de higienização das mãos por parte dos acompanhantes ou das pacientes.

“As pacientes tocam no celular e em seguida pegam no recém-nascido, elas não têm esse conhecimento de que estão passando alguma coisa pro bebê” (S1)

“Eu tenho visto muita gente [acompanhantes] que chega e não passa álcool na mão. Uma situação muito complicada, porque você está na maternidade com várias mulheres, com vários bebezinhos e as pessoas chegam da rua e não lavam a mão” (P3)

“O paciente sai do banheiro, lava as mãos, passa o álcool e beleza. Mas é muito raro ver o acompanhante tendo isso [...] o certo seria pelo menos lavar as mãos, porque vai tocar na pessoa” (P14)

A HM é a principal estratégia na prevenção de infecções relacionadas aos cuidados em saúde (BIASIBETTI *et al.*, 2020; LONGTIN *et al.*, 2010; BELELA-ANACLETO *et al.*, 2013), sendo considerada uma das barreiras de segurança mais simples e de baixo custo, reconhecida por órgãos internacionais e nacionais, como OMS e ANVISA (BIASIBETTI *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2020).

A efetividade da HM foi descoberta durante a epidemia da febre puerperal, que ocorreu entre 1844 a 1848 e vitimou milhares de parturientes que estavam internadas em uma maternidade de Viena. Durante a vigência dessa epidemia, o médico Ignaz Phillip Semmelweis levantou a hipótese de que o simples ato de higienizar as mãos era primordial para evitar essa grave doença. Atualmente, com a pandemia do SARS-CoV-2, a HM e o uso de álcool voltou a ser amplamente divulgado, sendo uma das recomendações primordiais da OMS para prevenir à contaminação pelo novo Coronavírus (FERREIRA *et al.*, 2020).

Ainda assim, apesar da HM ser reconhecida como umas das práticas mais importantes para redução do número de infecções, estudos demonstraram que profissionais, pacientes e acompanhantes têm dificuldades em aderir a esse procedimento (BELELA-ANACLETO *et al.*, 2013; PERES, 2018) e por isso, promover essa prática tem sido um desafio para as instituições de saúde (BELELA-ANACLETO *et al.*, 2013).

Uma revisão sistemática com 16 ensaios clínicos identificou que a adesão de profissionais de saúde à HM foi de 34,1%, sendo de 56,9% a taxa de HM após intervenções (KINGSTON; O'CONNELL; DUNNE, 2015). Em contrapartida, um estudo realizado em um hospital brasileiro identificou que a maioria dos profissionais de saúde (90%) entende que a

prática da HM é altamente eficaz na redução das infecções relacionadas ao cuidado (OLIVEIRA; PINTO, 2018).

Em relação à participação do paciente nessa prática, 83,3% dos profissionais de saúde consideraram importante a participação dos pacientes para ajudar na melhoria da adesão à HM, sendo que 52,2% alegaram que os pacientes poderiam participar lembrando aos profissionais de realizar a higienização. No entanto, um número significativo de profissionais considerou ser desnecessária a participação dos pacientes (60%), sendo constrangedor que esses lembrem o profissional de higienizar as mãos (16%) (OLIVEIRA; PINTO, 2018). Ainda conforme um estudo canadense, 92,6% dos pacientes não se sentem confortáveis em pedir ao profissional para lavar as mãos antes e após realizar qualquer procedimento (BISHOP *et al.*, 2014).

Pam *et al.* (2013) e de Longtin *et al.* (2010) ressaltaram a importância do apoio à participação do paciente na lembrança aos profissionais para o ato de HM. Dentre os motivos considerados pelos entrevistados em apoiar a participação dos pacientes na HM, a maioria respondeu que essa atitude aumentaria o cumprimento da HM entre profissionais de saúde, pois o cuidador pode esquecer. Porém, em relação aqueles que não concordavam com o envolvimento do paciente na HM predominaram alegações de que essa estratégia era desnecessária, pois tal atitude não seria de responsabilidade dos pacientes.

Nessa direção, para que todos os envolvidos no cuidado com a paciente sejam conscientizados sobre a importância da prática de HM é preciso que haja estratégias de educação em saúde com o objetivo de orientar e ensinar.

“Se a paciente está ciente, foi ensinada e já é pré-orientada de que pra segurança dela, tem que cobrar à parte assistencial [os profissionais de saúde] que higienizem as mãos antes de tocar nela pra evitar infecção cruzada, então ela vai cobrar isso” (S1)

“Lavar as mãos é uma coisa que parece ser tão simples, mas pra determinada comunidade não é. Então a questão é de ser orientado que você entrou na enfermaria, deve lavar as mãos. Essa orientação que parece ser tão simples de ser seguida e não é” (S2)

“Eu sempre tive orientação que as mãos têm que ser bem lavadas, o jeito correto de lavar. Então eu sempre soube [...] onde eu vou estou sempre passando o álcool na mão. Aqui eu saio e na hora que eu volto, eu vou lá e lavo a mão e volto e passo álcool na mão. Então quer dizer, eu criei o hábito de fazer isso” (P12)

A educação como prática de conscientização sobre a importância da HM na prevenção de infecções na maternidade deve ser realizada na admissão da paciente e durante toda a hospitalização, de forma rotineira (PERES, 2018; BIASIBETTI *et al.*, 2020), envolvendo

pacientes e acompanhantes, para que eles compreendam os riscos para SP caso não higienizem as mãos nos momentos preconizados e previamente orientados (BIASIBETTI *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda que, as estratégias educativas nesse contexto são uma forma de oferecer conhecimento, proporcionar reflexão sobre a importância da HM e oportunizar a criação de senso de responsabilidade das pacientes e dos acompanhantes com o cuidado seguro (BIASIBETTI *et al.*, 2020). Assim, a utilização da TE vai dinamizar o processo de educação em saúde referente à SP, oportunizando às pacientes e aos acompanhantes aguçar o conhecimento, minimizar dúvidas e mudar comportamentos que não estejam de acordo com as práticas da HM.

### **Comunicação Efetiva**

Os participantes demonstraram ainda entendimento sobre a comunicação efetiva como sendo uma das metas imprescindíveis para que todas as ações de segurança do paciente aconteçam de forma efetiva.

“Se você comunica com uma pessoa desde lá do início, desde o consultório, ela cria um vínculo com você, da forma que ela se sente mais próxima [...] e você consegue fazer o seu trabalho adequado com ela, dela realmente ser seu olhar ali” (S1)

“Comunicação é o mais fundamental, tanto pra paciente, quanto pra profissional e acompanhante, sabe? Tem que comunicar. Tipo insistir mais” (S3)

A comunicação efetiva (CE) é a meta de SP que proporciona o estabelecimento do cuidado humanizado à paciente e ao RN, por meio do compartilhamento de informações entre profissionais, pacientes e acompanhantes (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020; PERES *et al.*, 2018; TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018). Na maternidade, para que a comunicação seja efetiva, ela deve ser centrada na paciente, em suas necessidades e demandas, além de promover a troca de conhecimentos entre os comunicantes (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018).

Assim, a CE deve envolver o planejamento adequado das necessidades da paciente e do RN, a checagem e o repasse das informações entre profissionais, pacientes e acompanhantes, a discussão do cuidado com todos os envolvidos, a comunicação com a paciente durante a realização de procedimentos, os esclarecimentos de dúvidas, a transferência do cuidado e a evolução das informações no prontuário da paciente e do RN (PERES *et al.*, 2018; BIASIBETTI *et al.*, 2020).

Quando a comunicação é utilizada pelos profissionais apenas para expor e impor as normas da instituição relacionadas à SP, esta se caracteriza por uma comunicação iatrogênica e portanto, não é um espaço que permite um diálogo construtivo capaz de promover o engajamento das pacientes e dos acompanhantes nas ações de segurança (KIM *et al.*, 2018; TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018). Vale destacar que nesse modelo de comunicação, certamente as informações sobre o cuidado seguro não chegam à paciente e ao acompanhante de modo compreensível e factível, além de estabelecer uma relação fragmentada e de insegurança, o que possibilita a ocorrência de erros (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018).

Nesse sentido, o profissional que educa deve superar a comunicação iatrogênica que é opressora, passiva, autoritária, desumana e se dedica apenas em repassar comunicados e regras e permitir que haja uma comunicação efetiva, promotora de uma educação libertadora, capaz de criar relações de confiança e respeito (FREIRE, 2014) entre profissionais, pacientes e acompanhantes e assim possibilitar que os atores responsáveis pelo cuidado seguro para com a paciente e o RN, ensinem e aprendam mutuamente.

Liberati *et al.* (2019) exemplificam em sua pesquisa a importância da CE, uma vez que usou-a como estratégia para um treinamento prático obstétrico, com o objetivo de reduzir o índice EAs neonatais e perinatais em uma maternidade do Reino Unido. Dentre os diversos achados, o treinamento baseado na CE permitiu a formação de relações fortes e transparentes entre pacientes e profissionais de saúde, permitindo que esses indivíduos se unissem em prol da SP.

Sendo assim, pode-se afirmar que a CE é a essência para que haja vínculo entre profissionais, pacientes e acompanhantes, uma vez que esse processo permite à paciente receber informações referentes ao seu cuidado e manifestar sua decisão em relação ao mesmo, além de contribuir para a educação em saúde e à adesão ao tratamento proposto (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

### **Segurança do paciente e pandemia da COVID-19**

Os participantes também correlacionaram à temática da SP com a pandemia da COVID-19, causada pelo vírus da SARS-CoV-2.

“A segurança aqui na maternidade é a questão da higienização, principalmente em meio a uma pandemia dessas, as coisas devem estar mais limpo possível, né?” (P3)

“Para segurança tem que evitar circulação de pessoas vindas de fora por motivo do COVID” (P2)

“Na questão da segurança, eu nem saio com ele [recém-nascido] do quarto, porque como diz a moça [profissional de saúde] o COVID está em todo lugar” (P4)

“Para a segurança aqui, vocês [profissionais de saúde] estão se protegendo com a luva, com a touca e com a máscara por causa dessa COVID e também tem que evitar ter visitas, porque a gente não sabe onde está o vírus” (P7)

“A gente está na época de pandemia, né? Então pra segurança é a gente estar se higienizando e não ficando sem a máscara” (P10)

“Essa questão da SP, principalmente agora na época do COVID é usar a máscara e passar o álcool, né? (S5)

O assunto atual sobre a pandemia da COVID-19 foi apresentado nos depoimentos dos participantes com preocupação. O uso do álcool, máscara, controle de entrada das pessoas na maternidade e o distanciamento social foram destacados como estratégias importantes de segurança do paciente, no entanto apenas essas ações não são suficientes. Dessa forma, é importante que todas as recomendações de segurança do paciente sejam discutidas e reforçadas com acompanhantes e pacientes.

Autores destacam duas metas internacionais de SP que devem ter atenção especial na vigência da pandemia, sem desmerecer às demais metas para SP, que são a Higienização das mãos (HM) (OLIVEIRA *et al.*, 2020; CARDOSO; SILVA; JARDIM, 2020) e a Comunicação efetiva (CE) (ESTRELA *et al.*, 2020, STAINES *et al.*, 2020). Em relação à HE, profissionais, pacientes e acompanhantes devem ser instigados sobre a importância dessa prática para a redução do risco de infecções relacionadas à assistência em saúde, destacando-se no contexto pandêmico à redução do risco de infecções pelo SARS-CoV-2 (OLIVEIRA *et al.*, 2020; CARDOSO, 2020); e em relação à CE, os autores apontam que é preciso promover a escuta qualificada, para que seja viável aproximação das pacientes e dos acompanhantes com toda a equipe multiprofissional, de modo que seja possível desmistificar ideias preconcebidas e medidas preventivas errôneas contra a COVID-19, além de permitir um ambiente seguro, de aprendizagem e resiliência em meio à turbulência (ESTRELA *et al.*, 2020, STAINES *et al.*, 2020).

### **5.1.2 Desafios para o envolvimento da paciente e do acompanhante nas ações de segurança**

Quando os participantes foram questionados sobre a participação e o envolvimento das pacientes e dos acompanhantes nas ações de SP ficou evidente que eles reconhecem a

importância desse envolvimento nas ações do cuidado seguro na maternidade, inclusive para a prevenção de eventos adversos.

“Ele [o acompanhante] vai ser o segundo olhar, o segundo par de mãos a cuidar daquele paciente. Então assim, é fundamental, é uma parceria. Então tem que haver essa parceria” (S2).

“Facilita quando eles [paciente e acompanhante] oferecem ajudam, quando eles questionam uma medicação a ser realizada, em relação a horários, em relação ao local de aplicação dos medicamentos. Assim eles estão ajudando” (S8).

“Se eles [paciente e acompanhante] estão nos ajudando, nós vamos estar evitando quedas, evitando muitas coisas” (S9).

No entanto, a participação das pacientes e acompanhantes na SP foi pouco estimulada, sendo possível notar pelos depoimentos e pelo diário de campo que não existem orientações e encorajamento dos profissionais para que pacientes e acompanhantes sejam envolvidos na SP.

“Em geral percebo que o paciente é alheio e o acompanhante idem, a respeito da própria segurança” (S1).

“Não percebo [a participação dos pacientes e acompanhantes na SP]. Eles são pouco orientados em relação à segurança” (S5).

A participação da paciente e do acompanhante no cuidado pode ser entendida como uma prática potencial para a SP (BERGER *et al.*, 2013; PARK; GIAP, 2019; KIM *et al.*, 2018), uma vez que todos os atores envolvidos na assistência (profissionais, pacientes acompanhantes e instituição) trabalham em parceria ativa para buscar melhores resultados de saúde e contribuir para melhorias na qualidade e na segurança do paciente (CARMAN *et al.*, 2013).

Todos os pacientes e acompanhantes envolvidos no cuidado são considerados atores engajados (KIM *et al.*, 2018), e, portanto, são eles os melhores defensores do ambiente seguro, capazes de identificar e prevenir a ocorrência de eventos adversos (CARMAN *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018).

Kim *et al.* (2017) descrevem que o engajamento apresenta cinco níveis e que o nível no qual o paciente e o acompanhante se encontram depende diretamente dos esforços e práticas da equipe de saúde para envolvê-los na assistência. No primeiro nível de engajamento, pacientes e acompanhantes são apenas informados sobre a assistência despendida e não informam sobre formas deles se envolverem no cuidado. No segundo nível, eles são incentivados a se envolverem e se comunicarem com os profissionais, sendo encorajados a tirar dúvidas. No terceiro nível, diferentemente do segundo, agora os profissionais de saúde vão

além, eles ensinam pacientes e acompanhantes a comunicarem e envolverem no cuidado. No penúltimo nível de engajamento, pacientes e acompanhantes são parceiros no cuidado e por isso são envolvidos na tomada de decisão. Por fim, no nível cinco, pacientes e acompanhantes são vistos como integrantes completos da equipe assistente e o envolvimento deles no cuidado é reconhecido por todos e transforma o cuidar, tornando-o eficaz e seguro (KIM *et al.*, 2018).

Embora poucas estratégias de SP sejam implementadas com o objetivo principal de promover o engajamento da paciente e do seu acompanhante no cuidado, autores reconhecem a importância dessa prática na redução de erros relacionados ao cuidado, além de contribuir para a segurança do paciente (BERGER *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018). Diante disso, a principal estratégia para engajar a paciente e seu acompanhante nas ações do cuidado seguro é a educação (KIM *et al.*, 2018). De acordo com Paulo Freire (2002) a educação é um espaço de contradições que guarda em si diversos espaços de aprendizagens, sendo uma condição indispensável para que os indivíduos possam assumir uma posição crítica e criativa diante da realidade na qual fazem parte, lutar por uma organização social mais justa e assim perceberem-se como atores capacitados a fazerem escolhas e tomarem decisões.

Os relatos demonstraram ainda que, os profissionais de saúde entendem que a troca de informações e orientações, provenientes da comunicação e do diálogo são essenciais para que pacientes e acompanhantes se envolvam nas práticas de segurança do paciente.

“Quanto mais à gente está orientando e informando, eu acho que é uma forma deles também estarem ajudando a gente” (S9)

“A falta de comunicação efetiva e clara é o que dificulta a participação” (S11)

“Você vai passando o passo a passo de tudo que você faz e ele consegue absorver [...]. Ele consegue entender a necessidade e que aquilo é para o bem do paciente e ele consegue participar. Ele cria um vínculo com você da forma que você expressa, que ele se sente mais próximo [...] e você consegue fazer o seu trabalho adequado com ele e ele realmente vai ser seu olhar ali”. (S2)

A comunicação é uma ferramenta estratégica e valiosa do PNSP (PASSOS *et al.*, 2016; BRASIL, 2014b) que é estabelecida por meio do diálogo entre os sujeitos (OLIVEIRA *et al.*, 2019), proporcionando o cuidado centrado na pessoa, além de mediar ideias, atitudes e informações (LARSSON *et al.*, 2013).

Para a equipe de saúde, a comunicação é um componente básico que facilita a relação positiva com a paciente e o acompanhante, resultando numa assistência de qualidade e livre de danos (McCABE, 2004). Ao construir uma relação de diálogo com a paciente, o enfermeiro

assume uma posição de educador proporcionando a construção de novos saberes (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Em vista disso, a equipe deve se comunicar ativamente com os pacientes e acompanhantes, para que eles possam tirar suas dúvidas, fazer perguntas e se envolverem nas ações do cuidado (NEWELL; ORDAN, 2015). Ambientes em que o diálogo é fragilizado inviabilizam a troca de informações e são considerados ambientes inseguros (SILVA *et al.*, 2016).

Na Inglaterra, uma pesquisa reconheceu que os acompanhantes valorizaram a relação dialógica para mantê-los informados e assim garantir a segurança dos pacientes, principalmente após alta hospitalar (RAINEY *et al.*, 2013). Portanto, quando o profissional dialoga com a paciente e o acompanhante para transmitir informações, oportuniza a argumentação, a troca de saberes e as interações entre todos, resultando em segurança e tranquilidade durante todo o processo de hospitalização (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Desta maneira, Paulo Freire (2002) destaca que a educação baseada no diálogo é um agente potencialmente transformador da qualidade do cuidado, por considerar a paciente e seu acompanhante como corresponsáveis por transformar a realidade vivenciada, sustentados pelo conhecimento construído. Assim, o diálogo desafia pacientes e acompanhantes a perceberem a situação de opressão na qual estão inseridos e a descobrirem que por meio dela existem possibilidades de mudanças, mas para isso, o profissional precisa incitar este diálogo e estar disposto a escutar sem julgamentos e escutar respeitando o outro, suas diferenças, seus conhecimentos e sua cultura.

Por outro lado, ficou evidente pelos depoimentos dos profissionais de saúde que a falta de informação fornecida à paciente e ao acompanhante, bem como o uso de uma linguagem não acessível ao público, além da falta de coesão nas orientações dos profissionais são pontos desfavoráveis à participação da paciente e acompanhante na SP.

“Eu percebo que, quando o paciente é um paciente bem orientado, a participação dele é boa, é ativa e do acompanhante idem” (S4).

“Tem a questão de como vai ser a sua abordagem para informar sobre a segurança, porque isso tem que ser proposto de uma linguagem facilitadora, né? Entender quem é o público alvo, levar a uma linguagem desse público para que esse público consiga absorver. Que seja uma linguagem de fácil acesso a eles e que seja realmente da realidade que está sendo vivenciada” (S1).

“Acho que a equipe deveria, primeiramente, falar a mesma linguagem [...] Ter uma comunicação boa e clara. Porque tem pacientes que ficam aqui mais dias, né? Ai passaria as informações únicas e adequadamente” (S11).

“A orientação tem que ser pequena, tem que ser do jeito que a pessoa compreende. Não adianta sair falando um tanto de palavra” (S14).

A falta de diversas informações durante a hospitalização da paciente, como por exemplo, informações sobre cuidados, diagnósticos e tratamentos propostos, refletem diretamente no conhecimento das pacientes e acompanhantes sobre a possibilidade de participação no cuidado, sendo, esta uma barreira para participação desses atores nas ações de segurança do paciente (SKAGERSTRÖM *et al.*, 2017). Um estudo sueco destaca que ambientes em que o paciente não recebe informações sobre seu cuidado e onde a interação profissional-paciente é baixa são considerados ambientes inseguros (RIDELBERG; ROBACK; NILSEN, 2014). Em consonância, Larsson (2013) afirma que é preciso que essas informações sejam transmitidas ao paciente de forma adaptada, para que ele possa participar ativamente do próprio cuidado e, como consequência ser capaz de se envolver nas questões de segurança (SKAGERSTRÖM *et al.*, 2017; BIASIBETTI *et al.*, 2020).

Assim, a troca de informações leva ao conhecimento e esse conhecimento por sua vez, é quem proporcionará o respeito mútuo entre profissionais, pacientes e acompanhantes (SKAGERSTRÖM *et al.*, 2017) e possibilitará à paciente contemplar a liberdade referente aos seus cuidados, envolvendo-se nas questões do cuidado seguro. Ainda a partir das concepções freirianas, os seres humanos que alcançam a liberdade pelo conhecimento são capazes de duvidar, errar, procurar dizer não com consciência e se perceberem como sujeitos capacitados às escolhas e decisões (FREIRE, 2002).

Além disso, Paulo Freire em sua incansável jornada pelo conhecimento sempre se empenhou na busca pela superação das desigualdades, tendo em vista o desenvolvimento da consciência crítica através da percepção histórica em que o indivíduo estava inserido (FREIRE, 2014). Portanto, os educadores devem primeiramente conhecer o nível de escolaridade daqueles que vão receber as informações, para que em seguida, a mesma seja transmitida de acordo com o universo vocabular dos educandos (FREIRE, 2002).

Em relação à parceria das pacientes e acompanhantes na SP, os profissionais ressaltaram que nem toda a equipe da maternidade os reconhecem como parceiros, sendo que alguns profissionais pensam inclusive que a paciente e seu acompanhante estão como vigilantes do cuidado e não como coprodutores do mesmo.

“Eu conheço pessoas aqui [...] que acham que o paciente está sendo abusado, que o paciente está querendo ensinar o trabalho dele” (S1).

“Uma hora eles deixam de fazer por falta de iniciativa e outra hora acho que não, que eles estão ali só pra conferir como está o trabalho e tal” (S8).

A literatura aponta a importância de desenvolver um relacionamento entre equipe, paciente e acompanhante para que esses possam se tornar parceiros no processo do cuidar, e assim contribuir com a segurança e a prevenção de EAs (LARSSON *et al.*, 2013; PERES *et al.*, 2018; ETCHEGARAY, 2014). Pacientes motivados a diminuir os riscos provenientes da assistência são vistos como parceiros no cuidado (BERGER *et al.*, 2013), uma vez que são capazes de dar feedback sobre a segurança do paciente (LOUCH; O’HARA; MOHAMMED, 2017).

Park e Giap (2019) identificaram que uma das dificuldades dos pacientes em se tornarem parceiros ativos do cuidado estava relacionado ao desconforto em indagar os profissionais, pois não queriam que eles pensassem que estavam questionando a capacidade profissional deles de prestar assistência corretamente.

Percebe-se então que, o profissional deve escutar a paciente e seu acompanhante, reconhecer que eles têm conhecimento, comunicar com eles, repassar as informações referentes ao cuidado que está sendo realizado e sobre a condição de saúde da paciente. Por outro lado, quando a abordagem da equipe é centrada nas tarefas a serem executadas, os pacientes sentem-se negligenciados e indefesos, um mero objeto da assistência (LARSSON *et al.*, 2013).

Por meio dos depoimentos percebeu-se que as pacientes e os acompanhantes têm medo de participar das ações de segurança devido a uma possível reação negativa dos profissionais. Além disso, existe também um sentimento de superioridade por parte de alguns profissionais.

“Eles têm um pouco de medo de chegar perto da gente. Eu sinto! Medo né? Porque infelizmente nós temos muitas colegas que são muito grossas, né?” (S12).

“Não perguntam, porque elas têm medo. É como se a gente fosse superior e não é. Então elas ficam com vergonha. Tem gente que já chega no desespero e se afasta por medo” (S13).

“Tem muita gente que é bruta e ignorante, né? Certamente não vai aceitar, por eu não ser um funcionário do hospital e estar falando com eles o que está errado” (P12).

Corroborando com esses resultados, uma pesquisa revelou que o enfermeiro sente que precisa exercer o controle da assistência e reprimir a participação dos pacientes no cuidado, para que esses não questionem sua assistência e não duvidem do seu conhecimento. (LARSSON *et al.*, 2013). Geralmente os profissionais de saúde se apresentam como superiores, autoritários, paternalistas, relutantes em compartilhar informações sobre as práticas de segurança do paciente e creem que são eles que sabem o que é melhor para a paciente (LARSSON *et al.*, 2013). Essa “prática de poder” por parte dos profissionais evita o empoderamento da paciente,

anula a tomada de decisões e se torna uma barreira significativa para envolvimento nas ações de segurança (LARSSON *et al.*, 2013; RAINEY *et al.*, 2013).

Nesse sentido, Paulo Freire (2014) afirma que é pedagogicamente inviável ensinar num patamar de superioridade e autoritarismo como indica a educação tradicional. E, ainda, defende a ideia de que todos já possuímos saberes que devem ser aproveitados. Dessa forma os profissionais precisam refletir e rever sobre o comportamento autoritário, a fim de que oportunidades de aprendizado e crescimento sejam abertas para ambos os lados.

Na maternidade atitudes impositivas e que não se baseiam no diálogo horizontal influenciam na autonomia da mulher e trazem consequências negativas para a gestação, parto e puerpério (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018). A assistência autoritária silencia as pacientes e dificulta a introdução da política de humanização no serviço, uma vez que não haverá corresponsabilidade e vínculo entre pacientes, acompanhantes e profissionais, refletindo negativamente na segurança do paciente. (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018; BRASIL, 2014b).

Achados de outra pesquisa revelaram que, os pacientes reconhecem que a comunicação com o enfermeiro é fundamental para que sejam estabelecidas suas necessidades durante a hospitalização e para promover a segurança. Em contrapartida, os profissionais reconheceram que não envolvem os pacientes nas discussões referentes ao cuidado, pois acreditam que essa atitude pode levar a um desequilíbrio do poder. Os autores revelaram ainda que, a mudança na relação de um cuidado hierárquico para um cuidado baseado na parceria traz impactos favoráveis na segurança, na qualidade do cuidado e na satisfação do cliente (RINGDAL *et al.*, 2017).

A equipe que escuta e dialoga com a paciente e seu acompanhante cria uma sensação de valorização e segurança e promove o empoderamento (RINGDAL *et al.*, 2017). Por sua vez, pacientes e acompanhantes emponderados se tornam parceiros ativos no cuidado, sendo capazes de compreender o próprio papel no processo do cuidar e dispor de conhecimento, habilidade e confiança para assumir a posição de protagonistas na melhoria da saúde e na prevenção dos EAs (CARMAN *et al.*, 2013).

Assim, o profissional precisa abrir mão do seu controle e compartilhar a tomada de decisões com as pacientes, considerando-as especialistas sobre si mesmas, com suas vontades e capacidades (RINGDAL *et al.*, 2017). Percebe-se que este é um desafio para os profissionais, mas que se realizado de forma coerente estabelecerá relações humanas que não são de dominação, mas de equilíbrio, sentimento e partilha.

Infere-se ainda que seja sadio e produtivo ensinar para que em seguida, seja viável discutir sobre os possíveis caminhos que podem ser percorridos pelas pacientes e acompanhantes no intuito de se libertarem de toda opressão que lhes são impostas nos sistemas de saúde e garantirem autonomia e participação nas ações de SP (PERES *et al.*, 2018; FREIRE, 2014).

Dessa forma, optou-se pela criação de uma TE no formato de cartilha, por entender que essa é uma estratégia importante para engajamento das pacientes e acompanhantes da maternidade nas ações de segurança da paciente e do RN. Destaca-se que os ideais recomendados para o planejamento da cartilha foram coerentes com os pressupostos de Paulo Freire (2002), uma vez que sua construção aconteceu a partir da educação dialógica e de questionamentos entre a pesquisadora e todos os envolvidos no processo do cuidado seguro, proporcionando assim, a aquisição do saber que se solidificou no conteúdo da cartilha.

## **5.2 Segunda etapa: construção da cartilha como tecnologia educativa**

Tendo por base os saberes e as experiências sobre a SP que foram expostos na primeira etapa, bem como as demandas de conhecimento que trazidas pelos participantes em relação à temática, a pesquisadora procedeu com a elaboração de uma cartilha que pode ser utilizada no formato impresso ou virtual, com a finalidade de ativar a participação das pacientes e dos acompanhantes nas ações de SP na maternidade.

Dessa forma, foi realizada uma síntese dos achados da entrevista, baseados nas fragilidades encontradas e nas informações pertinentes que deveriam ser considerados na cartilha, bem como orientações para nortear o profissional no momento de entrega da cartilha à paciente e ao acompanhante (QUADRO 3). Ainda, para não poluir a cartilha ou deixá-la extensa foram escolhidas informações essenciais para constar na TE, considerando que os profissionais de saúde devem fornecer explicações adicionais de acordo com as necessidades apresentadas pelas pacientes e acompanhantes no momento da interação e diálogo com os profissionais de saúde.

Destaca-se que a cartilha deve ser considerada um recurso complementar disponível, um suporte de informação, de orientações, de esclarecimentos e de prevenção de EAs (ECHER, 2005), portanto não deverá ser apenas entregue à paciente e ao acompanhante e sim, ser utilizada como uma estratégia educativa dialogada, em que ocorra oportunidade de interação, diálogo e aprendizado.

Quadro 3 – Fragilidades, informações e orientações

(Continua)

Item	Fragilidade apontada nos depoimentos dos participantes	Itens considerados na cartilha	Orientação para utilização da cartilha pelos profissionais
Conceito sobre segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão limitada da paciente e do acompanhante sobre a SP.</li> <li>- Desconhecimento sobre como a paciente e o acompanhante podiam participar da SP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecer o conceito de SP e como a paciente e o acompanhante podem participar das ações de segurança na maternidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a cartilha, de maneira dialogada, explicando e tirando as dúvidas do paciente e acompanhante.</li> </ul>
Identificação da paciente e do RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conhecimento sobre o que precisa ser verificado na pulseira de identificação e quando deve ser verificado;</li> <li>- Falta de compreensão sobre a participação da paciente e do acompanhante no processo de identificação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expor que a conferência da pulseira da paciente e do RN deve ser realizada por todos os profissionais;</li> <li>- Pontuar que as pacientes e os acompanhantes devem sinalizar aos profissionais se algum item estiver errado ou ilegível na pulseira ou se a mesma tiver sido perdida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar a pulseira a paciente e acompanhante e ajudá-los a reconhecer os itens a serem verificados;</li> <li>- Explicar a importância da pulseira;</li> <li>- Exemplificar os momentos em que o profissional deve verificar a pulseira de identificação.</li> </ul>
Medicação segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de compreensão sobre a participação da paciente e do acompanhante na administração de medicamentos para que a mesma ocorra com segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar as informações importantes que devem ser comunicadas pelas pacientes e acompanhantes antes e após administração da medicação;</li> <li>- Expor sobre a importância dos questionamentos e esclarecimento de dúvidas sobre os medicamentos em uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar uma prescrição médica (de preferência à da própria paciente ou do RN);</li> <li>- Explicar a importância da paciente comunicar sobre alergias e/ou efeitos colaterais relacionados ao uso de medicações prévias;</li> <li>- Reforçar à paciente e ao acompanhante sobre a importância de certificarem para quem é a medicação e/ou procedimento;</li> <li>- Encorajar a paciente e o acompanhante a esclarecerem todas as dúvidas sobre as medicações.</li> </ul>
Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade na prática de HM;</li> <li>- Falta de conhecimento de como higienizar corretamente as mãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expor que a HM deve ser realizada sempre que qualquer pessoa for tocar na paciente ou no RN e antes de qualquer procedimento;</li> <li>- Apresentar o passo a passo recomendado para higienização correta das mãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfatizar a importância da HM e exemplificar os riscos à saúde caso a higienização não aconteça.</li> <li>- Demonstrar o passo a passo da higienização correta das mãos e se possível, fazer junto com a paciente e seu acompanhante;</li> <li>- Encorajar a paciente e o acompanhante a solicitarem aos profissionais de saúde que higienizem as mãos antes de qualquer procedimento.</li> </ul>

Quadro 3 – Fragilidades, informações e orientações

(conclusão)

Item	Fragilidade apontada nos depoimentos dos participantes	Itens considerados na cartilha	Orientação para utilização da cartilha pelos profissionais
Realização segura de procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de compreensão sobre a participação da paciente e do acompanhante durante esse momento;</li> <li>- Fragilidade sobre a importância do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar brevemente sobre o que é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a importância da sua leitura antes da assinatura;</li> <li>- Enfatizar que as pacientes e os acompanhantes devem perguntar sobre o procedimento que será realizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar sobre a importância da leitura do TCLE antes da realização de qualquer procedimento e se possível, mostrar um TCLE para a paciente e o acompanhante;</li> <li>- Encorajar a paciente e o acompanhante a esclarecerem suas dúvidas antes do procedimento.</li> <li>- Reforçar à paciente e ao acompanhante sobre a necessidade de exigirem que o profissional verifique a pulseira de identificação da paciente ou do RN, antes de qualquer procedimento.</li> </ul>
Prevenção de quedas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade da participação do acompanhante nesse processo;</li> <li>- Pouco conhecimento sobre o risco de queda do RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciar a importância do acompanhante e como deve ser sua atuação para prevenir o risco de queda;</li> <li>- Sinalizar as atitudes que devem ser tomadas para evitar a queda do RN e da paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exemplificar as consequências de uma queda para a paciente ou para o RN;</li> <li>- Expor as medidas que paciente e acompanhante devem realizar para prevenir a queda do RN;</li> <li>- Expor as medidas que a própria paciente e o seu acompanhante podem realizar para prevenir a queda da paciente.</li> </ul>
Comunicação Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conhecimento sobre a importância do diálogo para a segurança da paciente e do RN;</li> <li>- Receio das pacientes e dos acompanhantes em conversar, questionar condutas e solucionar dúvidas relacionadas aos diagnósticos tratamentos e demais cuidados dispensados à paciente e ao RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciar a importância das pacientes e do acompanhante comunicarem com os profissionais e a sanarem toda e qualquer dúvida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar que os profissionais de saúde aprovam e apóiam a participação da paciente e do acompanhante no cuidado;</li> <li>- Encorajar a paciente e o acompanhante à esclarecerem todas as dúvidas.</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Na primeira versão, a cartilha recebeu o título “Como a paciente e o acompanhante podem participar da segurança do paciente na maternidade?” e seu conteúdo foi composto pelas seis metas internacionais de segurança do paciente, distribuídos ao longo de vinte e uma páginas (APÊNDICE D).

Ao longo da cartilha há ilustrações coloridas e descontraídas criadas pela profissional de *designer gráfico*, simbolizando a maternidade, a fim de organizar a leitura visual e a familiaridade com a realidade do público-alvo. Para isso, foram criados personagens que representaram a gestante, a puérpera, o recém-nascido, o acompanhante do sexo masculino e do sexo feminino, além do profissional de saúde.

A capa foi construída com um título atrativo e convidativo, destacando a mensagem principal da cartilha, além de uma ilustração com os personagens que aparecem ao longo da mesma, de mãos dadas. Essa ilustração foi idealizada com o objetivo de demonstrar que a união e o relacionamento entre todos os envolvidos no cuidado são essenciais para a SP.

Ressalta-se ainda que, durante as entrevistas da primeira etapa nenhum participante abordou a meta internacional relacionada à realização de procedimentos, entretanto, as pesquisadoras consideraram essa temática como sendo de suma importância para compor a cartilha, tendo em vista que são realizados com frequência diversos procedimentos na maternidade, como, por exemplo, a cesariana, a curetagem, a transfusão sanguínea, o uso do fórceps durante o trabalho de parto, a punção lombar no RN, dentre outros.

### **5.3 Terceira etapa: avaliação da cartilha pelos participantes**

A última fase de produção de dados da pesquisa teve como finalidade à avaliação da cartilha pelos participantes. Esse momento permitiu a reflexão e a avaliação de todo o processo da pesquisa, além de orientar as pesquisadoras nos ajustes necessários na cartilha, de modo que ela atenda ao objetivo de prática proposto e aos pressupostos da pedagogia freiriana e da PCA. Considerou-se ainda a avaliação da cartilha pelos participantes como um momento de aprendizado, que exigiu das pesquisadoras abertura para receber críticas, de modo que a construção do material pudesse realmente atender às expectativas do público-alvo, tornando-o uma fonte de conhecimento (MARTINS *et al.*, 2019).

Os participantes fizeram poucas observações e sugestões referentes à cartilha, evidenciando que a construção da mesma foi pautada na real necessidade do setor, bem como nas demandas referentes à SP e à participação das pacientes e dos acompanhantes na segurança percebidas na primeira etapa da pesquisa.

Estes avaliaram positivamente a cartilha, ressaltando que as informações e orientações contidas na TE foram consideradas suficientes e com linguagem clara para o objetivo proposto. Referente à aparência, os participantes consideraram como satisfatório a qualidade dos desenhos por complementar e ilustrar a parte escrita, além de despertar curiosidade e à atenção do leitor.

"Olha, eu achei o conteúdo muito importante, bacana e muito ilustrativo" P1

"A parte escrita eu achei bem simples e fácil de entender a mensagem que vocês querem passar e as ilustrações eu achei que ficou bom, porque elas ficaram bem coloridas, chamando a atenção e são autoexplicativas também, porque quando a gente vê a imagem, a gente identifica muito bem a mensagem que vocês querem passar" P8

"O conteúdo está ótimo, bem fácil do paciente e dos acompanhantes estarem entendendo e as ilustrações também, porque acaba ajudando no entendimento, né?" S1

"Eu achei o conteúdo das ilustrações bem objetivo, linguagem clara, objetiva, sem palavras de difícil entendimento" S4

"Eu achei que a cartilha está bem ilustrada, está de fácil compreensão e está na linguagem fácil para o paciente entender e para o profissional de saúde poder trabalhar com ela. Então, eu a achei bem condizente com a realidade do público" S6

"Ficou muito bom, muito bem detalhado, muito bem explicado. Essa cartilha ficou bem detalhada tanto na escrita, quanto nas ilustrações" S11

A avaliação da cartilha pelos participantes foi de suma importância para validar o material, identificar se o mesmo poderia ser usado para realidade das pessoas a quem se destina e se as mesmas, ao se aproximarem da realidade vivenciada na maternidade, entendiam a importância de adotar novos comportamentos referentes à participação nas ações de SP.

Em relação à avaliação da parte escrita e das ilustrações, os participantes foram unânimes em elogiá-las e salientaram que elas auxiliam na compreensão da temática, não havendo dúvidas ao término da leitura. Dessa forma, pode-se inferir que o conteúdo da cartilha foi considerado de fácil entendimento e seguiu o preconizado na literatura, uma vez que a parte escrita foi composta por informações precisas, palavras com sentenças curtas e uma linguagem acessível a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução das pessoas; e as ilustrações foram o atrativo que facilitou a compreensão do conteúdo, sendo a melhor alternativa para descontrair, tornar o conteúdo mais leve e facilitar o entendimento (MARTINS *et al.*, 2019; ECHER, 2005).

As figuras ilustrativas são importantes elementos em materiais educativos, por facilitarem a compreensão, estimularem a leitura e aumentarem a atenção, assimilação e a capacidade de recordar a mensagem (ECHER, 2005; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Isso pode ser percebido no relato dos entrevistados quando destacam que a figura aumenta o interesse pelo assunto e favorece o aprendizado.

As pacientes e os acompanhantes consideraram que a cartilha agregou novos conhecimentos relacionados à temática da SP, especialmente em relação à higienização das mãos, cuidados na administração de medicamentos, identificação da paciente e prevenção de quedas do RN.

“Ela [a cartilha] trouxe muitas coisas informativas, como a higienização correta das mãos, pois eu não sabia o passo a passo” P1

“Com a cartilha eu descobri que é importante saber que a enfermeira que vier tem que te mostrar a medicação e falar o que é a medicação” P5

“Trouxe novidades em termos de cuidado: sempre estar lavando as mãos quando for pegar no paciente, em termos da pulseirinha no braço e não deixar o bebê na cama sozinho se não ele pode cair” P12

Ademais, as pacientes e os acompanhantes ressaltaram a importância da cartilha, especialmente no que refere às orientações de como podem contribuir com os profissionais de saúde para o incremento da sua participação na segurança da paciente e do RN na maternidade.

“A cartilha ajuda lá [na maternidade], porque você lê e sabe que tem que perguntar as enfermeiras o medicamento que vai tomar, tem que avisar quando tiver alergia de algum medicamento pra não dar alteração nenhuma, pra não dar nenhum problema pro setor” P3

“Ela [a cartilha] é importante pelo fato do acompanhante saber o que ele pode ajudar com o cuidado com a gente na cama, porque realmente aquela cama é alta e se não tiver um cuidado você cai. E também saber que é seguro o bebê ficar no berço, porque a gente está ali, mas passou por um parto, está cansada e não é bom deixar o bebê na cama ou até mesmo em cima da gente, porque qualquer cochilo que a gente der, o bebê pode cair. É muito importante o acompanhante ler e ficar ciente, né?” P4

“São coisas simples que tem nela e que às vezes a gente deixa passar batido e lendo ela a gente passa a colocar em prática, como tá na cartilha e prestar atenção na pulseirinha, higienizar as mãos, presta atenção nas medicações” P8

“A gente lembra que tem que fiscalizar as pulseirinhas, porque uma coisa que eu vi lá foi que uma pulseirinha de um bebê perdeu e só viu na saída” P9

“Com essa cartilha, ela [a paciente] vai estar reagindo, sabendo comunicar com o enfermeiro e o médico” P13

De acordo com os profissionais de saúde, a cartilha pode ser considerada com um importante recurso em prol da segurança do paciente, pois se apresenta como um material de apoio pedagógico que auxilia no processo de ensino-aprendizagem das pacientes e acompanhantes e na coprodução do cuidado.

“Ela [a cartilha] ajuda a tirar um pouco toda a nossa responsabilidade dividindo-a com o acompanhante, porque aí você está falando mais para o acompanhante observar, checar a pulseira, ajudar o profissional a observar certas coisas, então a gente vai ter mais ou menos assim, um suporte à mais em relação ao acompanhante” S3

“Com ela [a cartilha] eu percebi a importância da questão do procedimento seguro, que é uma coisa que eu realmente não tinha me atentado [...] E a questão da comunicação segura também, né?” S6

“Essa cartilha de uma forma ou de outra, para gente profissional de saúde, também ajuda a estar sempre lembrando o que a gente precisa estar fazendo, né? tipo assim, os checklists dos cuidados pra poder estar direcionando a segurança do paciente” S1

“A cartilha me mostrou a simplicidade com que posso passar a orientação [sobre a SP] para o acompanhante” S10

Em relação ao envolvimento das pacientes e acompanhantes nas ações de segurança, um estudo constatou que a coprodução nas ações de SP ainda é incipiente quando analisada a participação em momentos essenciais, como por exemplo, aquele de conferência da identificação. Quando os pacientes ou a família apresentavam proatividade e conhecimento, verificou-se que eles sentiam mais à vontade para participar da SP, ao perguntar sobre os medicamentos que estavam recebendo e conferindo a identificação rotulada no medicamento (COSTA *et al.*, 2020). Estudo multicêntrico concluiu que os pacientes fornecem informações que retratam os cuidados vivenciados e, portanto, podem contribuir com o que é necessário mudar para melhorar a segurança e a experiência do paciente (O’HARA *et al.*, 2018).

Assim, pode-se afirmar que a cartilha conseguiu atender as recomendações de uma TE considerando os preceitos de Paulo Freire, uma vez que proporcionou a divulgação de informações sobre a SP sem engessar o conhecimento, possibilitando aos profissionais estabelecerem uma relação pedagógica problematizadora com as pacientes e os acompanhantes, para que esses desenvolvam um pensamento crítico sobre a realidade vivenciada durante hospitalização na maternidade e com isso participem ativamente do cuidado seguro à paciente e ao RN (FREIRE, 2008; AFIO, 2014).

Além disso, os achados corroboram com as afirmações de Afio (2014) ao afirmar que um material para ser considerado educativo deve melhorar o nível de conhecimento, auxiliar no desenvolvimento de habilidades, permitir maior autonomia e ajudar na reflexão dos participantes sobre os comportamentos que influenciarão positivamente na SP. Portanto, a cartilha pode ser considerada um instrumento que libertou e liberta oprimidos da dominação (FREIRE, 2011b), que nada mais é do que o fruto da alienação e da falta de estímulos das pacientes e dos acompanhantes em buscarem novos conhecimentos referentes à participação no processo de segurança.

Os resultados demonstraram ainda que a cartilha promoveu uma educação libertadora ao estimular a capacidade crítica do educando, através do despertar da curiosidade, das indagações, do saber prévio, do senso comum e das experiências vividas (FREIRE, 2011b; FREIRE, 2002), que por sua vez foram utilizados como fio condutor para gerar reflexões e novos conhecimentos referentes às ações de SP.

Logo, a educação libertadora e problematizadora que se estabeleceu no decorrer da construção e da apresentação da cartilha para as pacientes e acompanhantes, possibilitou que esses atores superassem a “curiosidade ingênua” e criassem uma aliança entre o saber popular e o científico, sendo capazes de entender, analisar e enfrentar a realidade na qual estavam inseridos, transformando-a (FREIRE, 2002).

Os participantes recomendaram que a cartilha deve ser um recurso amplamente disponível devido a sua importância para o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de orientações, promovendo assim a participação das pacientes e dos acompanhantes nas ações de SP.

“Recomendaria a leitura para todos os acompanhantes e para todos os pacientes que estiverem na maternidade, porque é uma coisa que vai ensinar as pessoas” P7

“Eu já até mandei a cartilha para a minha sobrinha, que vai ganhar neném [...] e mandei pra uma amiga minha que também vai ganhar neném [...] Pra orientar elas melhor, porque elas vão ser mãe e não sabem como é o sistema do hospital” P3

“Com certeza [recomendaria], porque são informações muito importantes para quem está internado e para quem está acompanhando a pessoa também, porque, tipo assim, são coisas práticas, simples e às vezes assim, por ser uma coisa tão simples a gente não da tanta importância” P8

“Não só recomendaria como gostaria que fosse utilizada dentro da unidade, a fim de sinalizar à paciente e aos acompanhantes, os papéis de cada um dentro do setor que é fundamental para o tratamento” S13

“Eu recomendaria e acho que isso aí [a cartilha] deveria estar em todas as maternidades, porque de uma forma ou outra a gente está orientando os pacientes e acompanhantes de uma forma que também vai ajudar os profissionais de saúde, porque é o próprio paciente ou acompanhante vai alertar a gente, né?! [...] aí com a ajuda do paciente e do acompanhante aumenta mais a segurança” S1

“Sim [recomendaria], porque eu acho que é um método da gente otimizar o serviço, de ter uma via de mão dupla [...] Quando se tem uma cartilha é muito mais didático, otimiza o tempo para você atender o paciente e passar pra ele todas as informações e não deixar se perder nada” S6

Acredita-se que a cartilha permitiu aos participantes refletirem criticamente sobre a temática da SP, levando-os a um processo genuíno de conscientização, que segundo Freire (2008) é considerado uma prática de libertação que possibilita o alcance do conhecimento. Portanto, ao perceberem a relevância da participação das pacientes e dos acompanhantes nas

ações SP, os participantes recomendam a leitura da cartilha, de forma unânime, para todas as pacientes e acompanhantes.

As pacientes e os acompanhantes enfatizaram a relevância da participação deles no processo de construção da mesma, auxiliando-os na aquisição de conhecimento e como consequência, engajando-os como protagonistas nas ações de segurança na maternidade.

“Eu fiquei muito feliz, lisonjeada. Eu adorei! Eu fiz parte de uma coisa [construção da cartilha] que tenho certeza que vai ter evolução” P7

“Eu achei muito legal, porque mostra que a maternidade está disposta a ouvir o paciente, disposta também a melhorias, né?! [...] Quando vocês mostram que vocês estão preocupados com a opinião da pessoa, eu acho assim que a pessoa fica até melhor” P8

“Eu fiquei lisonjeada né... [...] Eu fico feliz de poder ter ajudado na criação da cartilha” P11

Os profissionais expuseram que esse momento, os fizeram pensar sobre a importância da temática e o seu valor para uma assistência livre de dados, enfatizando o quanto é essencial a discussão das estratégias em torno das ações de SP com a participação de todos os envolvidos, especialmente a paciente e o acompanhante, no cuidado à paciente e ao RN.

“Desde o momento que você chegou, no nosso primeiro encontro, eu achei importante. É um trabalho bacana, porque é uma coisa muito séria... Eu penso como profissional que estou prestando cuidados e também se eu for precisar desses cuidados” S3

“Uma experiência bacana e feliz em poder contribuir né?! [...] Fico feliz em poder contribuir com o pouco que sei” S4

“Foi ótimo e foi difícil, porque me fez pensar em muita coisa que a gente não pensa. Eu vejo que assim, a gente tem que muito que avançar evoluir ainda né... Garantir realmente a segurança do paciente é coisa básica que deveria estar assim, muito bem estabelecida e que ainda não está. Então acho que foi muito enriquecedor no sentido de ligar mesmo, virar a chavinha do alerta, pra gente prestar mais atenção em alguns detalhes que vira rotina e na correria a gente deixa passar. Passa batido, mas que é fundamental pro paciente e que a gente pode evitar uma coisa mais grave, né?” S6

“Foi muito importante participar da construção da cartilha, com certeza, no que diz respeito à segurança do paciente e também do profissional, porque essa cartilha com certeza vai ajudar tanto ao paciente, quanto ao profissional [...] Acho que é uma colaboração que todos deveriam dar” S7

“Muito interessante. Faz sempre repensar o dia a dia do trabalho” S9

A adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva no processo de construção da cartilha permitiu aos participantes identificarem nela suas demandas, se familiarizarem com o conteúdo da mesma (OLIVEIRA *et al.*, 2014; REBERTE; HOGA;

GOMES, 2012) e assim, poderem se engajar nas ações de SP. Porém, ressalta-se que a contribuição desse material para a SP depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de entrega do material (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Pelos relatos foi possível identificar que as pacientes e os acompanhantes se sentiram valorizados ao perceberem a importância de suas vivências, demandas e percepções sobre a SP para o processo de criação da cartilha. Por sua vez, isso só foi possível devido ao relacionamento dialógico estabelecido entre pesquisadora e os participantes, o que possibilitou a superação da hegemonia criada automaticamente sob a figura da pesquisadora e dos profissionais, permitindo assim a interação e a troca de conhecimentos entre todos os envolvidos (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Corroborando com esse achado, um estudo sueco evidenciou que pacientes e acompanhantes são sensíveis ao conhecimento e se envolvem ativamente nas ações para o cuidado seguro quando são ouvidos pelos profissionais e percebem que suas contribuições e opiniões para melhoria do setor foram valorizadas (FLINK *et al.*, 2012). Carman *et al.* (2013) acrescentam que fatores individuais como conhecimento, atitudes e crenças sobre o papel do paciente na segurança e ainda experiências prévias com o sistema de saúde quando levados em consideração e respeitados pelos profissionais, afetam a motivação, a disposição e a capacidade da paciente e do acompanhante em engajarem nas práticas de SP.

Nesse sentido, Freire (2002) afirma que ao escutar o educando, o educador aprende a falar com ele e torna-se humilde, pois ele sabe que tem muito a falar, mas que não é o único que tem conhecimento e que pode transmiti-lo, devendo assim ter consciência de que seu conhecimento não é verdade absoluta e que neste processo entre a escuta e o ensinar, o educador que leciona com humildade, amor e fé é quem vai possibilitar ao educando construir o conhecimento e se perceber como parte de um mundo que pode ser ressignificado.

Em vista disso, as instituições de saúde devem proporcionar durante a construção e a implementação de tecnologias educativas, a participação dos pacientes e dos acompanhantes por meio da escuta (CARMAN *et al.*, 2013). Esta por sua vez, só será verdadeiramente praticável quando os educadores estabelecerem uma relação dialógica respeitadora com os educandos (FREIRE, 2002), tornando possível assim, o encorajamento e o envolvimento desses no processo de ensino-aprendizagem, de forma que eles compreendam o quão fundamental é a participação deles no cumprimento das metas propostas (CARMAN *et al.*, 2013).

Percebeu-se também pelo discurso dos profissionais, a importância da participação deles no processo de construção da cartilha, pois quando esses atores são inseridos nesse processo há aquisição de conhecimentos sobre eles mesmos e daquilo que os cerca, viabilizando

a execução de mudanças no ambiente de trabalho e em suas próprias condutas (TADDEO *et al.*, 2012). Além disso, espera-se que pelo fato desse profissional ter participado da construção da cartilha, ele não seja uma barreira no momento em que a mesma for colocada em prática, pois ele conhece e entende o seu objetivo e dessa forma estabelecerá uma relação efetivamente colaborativa (FRANCO *et al.*, 2020).

Posto isto, fica evidente que o desenvolvimento de uma TE deve sempre seguir uma abordagem participativa, dialogada e respeitosa, como ocorrido com a cartilha desenvolvida nessa pesquisa (MARTINS *et al.*, 2019; AFIO, 2014; CARMAN *et al.*, 2013). Isto permite que pacientes, acompanhantes e profissionais se tornem ativos nos processos de aprendizagem, troca de experiências e pensamento crítico-reflexivo, construindo conjuntamente o conhecimento que, por sua vez, será o transformador da realidade local (MARTINS *et al.*, 2019; AFIO, 2014; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003) e aproximará a paciente e o acompanhante do cuidado que está sendo prestado pelos profissionais, tornando-os parceiros na execução das ações para um cuidado seguro e na prevenção de falhas e danos, favorecendo uma hospitalização segura à paciente e ao RN.

As sugestões apontadas pelos participantes (QUADRO 4) contribuíram para a reformulação da disposição das estratégias de SP ao longo da cartilha e também para alteração do título, sendo estas essenciais para melhorar a qualidade da versão final da cartilha (APÊNDICE F).

Quadro 4 - Sugestões e observações referentes à alterações na cartilha

(Continua)

Participante	Sugestões e/ou observações	Alteração ou justificativa para não alterar
S3	Reduzir o título.	“Como você pode participar da segurança da paciente e do bebê na maternidade?”
S7	Iniciar a cartilha com ação de lavagem das mãos.	A ordem da cartilha foi alterada seguindo a apresentação das metas internacionais de segurança do paciente pela OMS junto à Joint Commission International (JCI), com exceção da meta de relacionada à comunicação eficaz, pois a pesquisadora considerou essa meta essencial para que todas as demais metas sejam realizadas com sucesso e também para que fosse realizado o

Quadro 4 - Sugestões e observações referentes à alterações na cartilha  
(Continua)

Participante	Sugestões e/ou observações	Alteração ou justificativa para não alterar
		o desfecho da cartilha encorajando as pacientes e os acompanhantes a dialogarem com os profissionais, seguindo assim um dos preceitos fundamentais para a educação/conhecimento, proposto por Paulo Freire.

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Em relação às limitações do estudo destacam-se duas, sendo que a primeira foi relativa à escassez de estudos que envolvem a SP na maternidade e à atuação da paciente e do acompanhante nesse contexto; e a segunda refere-se ao cenário da pandemia do SARS-CoV-2 que inviabilizou o encontro presencial entre pacientes e acompanhantes, participantes da pesquisa, com a pesquisadora, durante a fase de avaliação da TE. Esperava-se que por meio da entrevista presencial a pesquisadora pudesse captar aspectos subjetivos, reações ou comportamentos que pudessem contribuir com a análise de dados. Porém, considera-se que tais limitações não inviabilizaram o alcance dos objetivos propostos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a construção de uma tecnologia educativa em forma de cartilha que teve como objetivo orientar a paciente e os acompanhantes sobre a importância da SP, bem como eles poderiam contribuir com os profissionais de saúde em busca da SP. A escolha da PCA viabilizou à pesquisadora, enfermeira no campo de pesquisa, aproximar dos participantes, estabelecer uma relação de confiança com eles e intervir nos problemas relacionados à SP. Isso tudo aconteceu na medida em que os dados eram produzidos, permitindo que às ações de prática e de investigação convergissem, atendendo assim aos critérios da imersibilidade e simultaneamente da PCA.

O processo educativo baseado na abordagem dialógica do pedagogo Paulo Freire proporcionou superação da hegemonia que tem sido estabelecida na educação em saúde, facilitando a construção da TE em conjunto com todos os envolvidos no cuidado à paciente e ao RN. Essa experiência foi essencial para romper com a visão de que apenas o educador tem conhecimento, reconhecendo que todos têm saberes, experiências e leituras de mundo próprias, sendo o respeito a essas questões essenciais para influenciar o desenvolvimento de novos saberes e assim instigar o protagonismo das pacientes e dos acompanhantes.

Nesta vertente, os dados deste estudo levantaram informações sobre as experiências, vivências e conhecimentos prévios dos participantes sobre a SP e acima de tudo, evidenciaram que a elaboração da cartilha em conjunto com os profissionais, pacientes e acompanhantes configura-se como um importante instrumento para a educação em saúde, sendo um facilitador no processo de participação desses atores nas práticas referentes ao cuidado seguro na maternidade.

Destaca-se que o material foi construído para ser informativo, explicativo e permitir o acesso ao conhecimento de forma lúdica e de fácil compreensão. Além de disso, ele viabiliza aproximação, por meio do diálogo, entre os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, com as pacientes e seus acompanhantes, uma vez que instiga o público-alvo a trazer questões referentes à SP.

Dessa maneira, a inserção da cartilha na maternidade pode ser considerada como uma proposta de mudança nos caminhos relacionados à participação das pacientes e acompanhantes nas ações de SP e também no tocante ao processo de educação, pois por ter sido construída de forma problematizadora e libertadora permite que haja reflexão e crítica durante a tomada de consciência dos sujeitos sobre a importância das práticas de SP. Ressalta-se ainda que, para ter êxito na adoção do material na maternidade é preciso que os profissionais de saúde estejam

dispostos a participar ativamente da mudança proposta com o uso da cartilha, ou seja, a continuidade do processo educativo instaurado e o uso da tecnologia proposta estão na dependência do engajamento da equipe.

Assim, a finalização da construção e avaliação da cartilha não finda o processo por aqui, uma vez que a mesma deverá passar por atualizações contínuas, mediante o progresso científico e mudanças referentes às rotinas do setor e ao público-alvo. Além disso, faz-se necessário que pesquisas futuras avaliem a eficácia do material, no tocante ao engajamento das pacientes e dos acompanhantes na participação das ações de SP.

Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros que possam avaliar o impacto da utilização da cartilha desenvolvida nesse estudo e mensurar as implicações dessa estratégia para a segurança da paciente e do RN na maternidade.

## REFERÊNCIAS

- AFIO, A. C. E. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan./fev. 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- BELELA-ANACLETO, A. A. C *et al.* Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 901-908, out./dez. 2013.
- BERGER, Z. *et al.* Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **BMJ Qual Saf** [S.l.], v. 23, p. 548-555, 2014.
- BIASIBETTI, C. *et al.* Segurança do Paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 24, p. e1337, 2020.
- BICA, T. F. S, *et al.* Características dos incidentes de Segurança do Paciente notificados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, supl. 10, p. 4206-4216, out. 2017.
- BISHOP, A. C. *et al.* Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. **Health Expectations**, [S.l.], v. 18, p. 3019-3033, 2014.
- BRASIL. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- BRASIL. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**: dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde 2011a. Brasília: Anvisa, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em: 23 fev. 2021.
- BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b**: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 24 fev. 2021.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Anvisa, 2013a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013:** institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2013b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013:** aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa, 2013c. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013:** aprova os protocolos básicos de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa, 2013d. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal:** segurança e qualidade. Brasília: Anvisa, 2014a. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília Anvisa, 2014b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015:** dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. **Assistência Segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em:

[http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa\\_document/file/374/Caderno\\_1\\_-\\_Assist%C3%Aancia\\_Segura\\_Uma\\_Reflex%C3%A3o\\_Te%C3%B3rica\\_Aplicada\\_%C3%A0\\_Pr%C3%A1tica.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?** Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017b. Disponível em:

[https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA\\_SEGURANA\\_PACIENTE\\_ATUALIZADA-1.pdf](https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA_SEGURANA_PACIENTE_ATUALIZADA-1.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Engaging Patients in Patient Safety:** a Canadian Guide. 2019. Disponível em:

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Pages/default.aspx>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CARDOSO, L. S. P.; SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A. Atuação do núcleo de Segurança do Paciente no enfrentamento da covid-19 em Uma unidade hospitalar. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 11, n. 1 esp., p. 217-221, 2020.

CARMAN, K. L. *et al.* Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. **Health Affairs**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 223-231, 2013.

CENGIZ, C.; CELIK, Y.; HIKMET, N. Department of Integrated Information Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, [S.l.], v. 29, n. 8, p. 820-834, 2016.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**: incluindo padrões de hospital de centro médico acadêmico. Oakbrook Terrace, 2014. Disponível em: [https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/default-folders/items/ebjih14b\\_sample\\_pagespdf.pdf?db=web&hash=22513968F3BD3D7653E69A96EFAC5234](https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/default-folders/items/ebjih14b_sample_pagespdf.pdf?db=web&hash=22513968F3BD3D7653E69A96EFAC5234). Acesso em: 15 mar. 2021.

COSTA, D. G. *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. e3272, 2020.

DORNEELES, F. C.; SCHLOTFELDT, N. F.; DORNELLES, C. S. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 36326-36332, jun. 2020.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, set./out. 2005.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e300215, 2020.

ETCHEGARAY, J. M. *et al.* Structuring Patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. **Health Affairs**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 46-52, 2014.

FERREIRA, F. C. F. *et al.* Construção do conhecimento sobre a assepsia das mãos e suas implicações para a educação em saúde. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 9, n. 9, p. e255997345, 2020.

FLINK, M. *et al.* Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care: a qualitative study of patient perspectives. **BMJ Qual Saf**, [S.l.], v. 21, p. i76-i83, 2012.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 190-196, jan./mar. 2011.

FRANCO, L. F. *et al.* Segurança do paciente: percepção da família da criança hospitalizada. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 5, p. e20190525, 2020.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5019418/mod\\_resource/content/1/Pedagogia%20da%20Autonomia%20-%20livro%20completo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5019418/mod_resource/content/1/Pedagogia%20da%20Autonomia%20-%20livro%20completo.pdf). Acesso em: 19 fev. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação.** São Paulo: Paz e terra, 2011a.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma biobibliografia.** São Paulo: Cortez, 1996.

GAFFEY, A. D. Fall prevention in our healthiest patients: assessing risk and preventing injury for moms and babies. **American Society for Healthcare Risk Management**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 37-40, 2015.

GALUSKA, L. Prevention of In-Hospital Newborn Falls. **Nursing for Women's Health**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 59-61, 2011.

GOMES, A. P. D. S. *et al.* Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. e49501, 2017.

GRUDNIEWICZ, A. *et al.* Redesigning printed educational materials for primary care physicians: design improvements increase usability. **Implementation Science**, London, v. 10, p. 156, 2015.

HIBBARD, J. H.; GREENE, J. OVERTON, V. Patients with lower activation associated with higher Costs; delivery systems should know their patients' 'Scores'. **Health Affairs**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 216-222, 2013, 2018.

JESUS, E. B. *et al.* Validação de tecnologia educacional sobre fototerapia para orientar familiares de neonatos ictericos. **Rev enferm.**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e21789, 2018.

JOHANSEN, L. T. *et al.* An evaluation by the Norwegian Health Care Supervision Authorities of events involving death or injuries in maternity care. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, [S.l.], v. 97, p. 1206-1211, 2018.

JOINT COMMISSION WEBSITE. **Facts about Speak Up**. Oak Brook, 2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/facts-about-speak-up/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

KIM, J. *et al.* Evaluation of Patient and Family Engagement Strategies to Improve Medication Safety. **Patient**, [S.l.], v. 11, p. 193-206, 2018.

KINGSTON, L.; O'CONNELL, N. H.; DUNNE, C. P. Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. **The Journal Hospital Infection**, [S.l.], v. 92, n. 4, p. 309-320, 2016. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(15\)00489-2/abstract](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(15)00489-2/abstract). Acesso em: 16 jan. 2016.

KOHN, T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err is Human**: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

KRISTIN, L. Patient And Family Engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. **Health Affairs**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 223-231, 2013.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019.

LARSSON, I. E. *et al.* Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. **Nursing Research and Practice**, [S.l.], v. 2011, p. 1-9, 2011.

LATHAM, T. *et al.* Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi International **Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 626-633, 2012.

LAURINDO, M. C. *et al.* A implantação do protocolo de identificação segura como ferramenta de segurança do paciente. **Revista QualidadeHC**, [S.l.], 2016. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/139/139.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LIANG, L. *et al.* Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Open**, [S.l.], v. 8, p. e018263, 2018.

LIBERATI, E. G. *et al.* How to be a very safe maternity unit: An ethnographic study. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 223, p. 64-72, 2019.

LONGTIN, Y. *et al.* Participação do paciente: conhecimento atual e aplicabilidade à segurança do paciente. **Mayo Clin Proc.**, [S.l.], v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

LOPES, A. L. M. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, out./ dez. 2008.

LOUCH, G.; O'HARA, J.; MOHAMMED, M. A. A qualitative formative evaluation of a patient-centred patient safety intervention delivered in collaboration with hospital volunteers. **Health Expectations**, [S.l.], v. 20, p. 1143-1153, 2017.

MAIA, C. F. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 2, p. e2017320, 2018

MARTINS, R. M. G. *et al.* Desenvolvimento de uma cartilha para a promoção do autocuidado na Hanseníase. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, p. e239873, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1088064>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MCCABE, C. Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. **Journal of Clinical Nursing**, [S.l.], v. 13, p. 41-49, 2004.

MCTIER, L. Patient participation in medication safety during an acute care admission. **Health Expectations**, [S.l.], v. 18, p. 1744–1756, 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

MORSE, J. M. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en investigación cualitativa. *In*: MORSE, J. M. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.

MORSE, J. M. **Qualitative health research: creating a new discipline**. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2012.

NEWELL, S.; JORDAN, Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 76-87, 2015.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio/jun. 2005.

NIETSCHKE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-89, jan./abr. 2012.

NEIVAI, L. E. C. P. *et al.* Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. **Vigil. sanit. Debate**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 54-60, 2019.

O'HARA, J. K. *et al.* What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study **BMJ Qual Saf.**, [S.l.], v. 27, p. 673-682, 2018.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLIVEIRA, A. C.; PINTO, A. S. Patient participation in hand hygiene among health professionals. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 259-264, 2018.

OLIVEIRA, M. C. M.; ALVIM, N. T.; TEIXEIRA, M. L. O. Saberes e experiências de clientes sobre o exame de tomografia computadorizada compartilhados com enfermeiro. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 23, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1208.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

OLIVEIRA, K. T. *et al.* Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. **Enferm. Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 235-238, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Acordo Básico de Cooperação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP)**. São Paulo: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2015. Disponível em: [https://5f1af1f6-342f-47a8-ae50-e768910392b1.filesusr.com/ugd/ab7357\\_4829fe8e23df4dce976e7dcc842c9899.pdf](https://5f1af1f6-342f-47a8-ae50-e768910392b1.filesusr.com/ugd/ab7357_4829fe8e23df4dce976e7dcc842c9899.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

PAM, S. C. *et al.* Patient empowerment in a hand hygiene program: differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. **Am J Infect Control.**, St. Louis, v. 41, n. 11, p. 979-983, Nov. 2013.

PAIM, R. S. P. *et al.* Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 1256-70, set. 2016.

PAIM, L. *et al.* Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 380-386, jul./set. 2008.

PARADA, C. M. G. L. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 72, sup. 3, p. 1-2, 2019.

PARK, M.; GIAP, Thi-Thanh-Tinh. Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. **J Adv Nurs.** [S.l.], v. 76, p. 62-80, 2020.

PASSOS, S. S. S. *et al.* Cuidado cotidiano das famílias no hospital: como fica a segurança do paciente? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. e2980015, 2016.

PAULA, M. A. N. R.; CARVALHO, A. P. O gênero textual folder a serviço da educação ambiental **REGET**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 982-989, maio/ago. 2014.

PEREIRA, S. B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, sup. 3, p. 1393-1399, 2018.

PERES, M. A. *et al.*, Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, p. e2017-0195, 2018.

PHILLIPS, S. C. *et al.* Reduction in Pediatric Identification Band Errors: a quality collaborative. **Pediatrics**, Itasca, v. 129, n. 6, p. e1587 - e1593, 2012.

RAINEY, H. *et al.* The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety – a qualitative study of acute illness. The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety – a qualitative study of acute illness. **Health Expectations**, [S.l.], v. 18, p. 392-405, 2013.

RICCI-CABELLO, A. I. Patients’ perceptions and experiences of patient safety in primary care in England. **Family Practice**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 535-542, 2016.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2012.

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

RIDELBERG, M.; ROBACK, K.; NILSEN, P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses’ perceptions. **BMC Nursing**, [S.l.], v. 13, p. 23, 2014.

RINGDAL, M. *et al.* Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. **BMC Nursing**, [S.l.], v. 16, n. 69, 2017.

ROUSE, M. D. *et al.* Implementation of the humpty dumpty falls scale: a quality-improvement project. **J Emerg Nurs.**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 181-186, 2014.

SALBEGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, sup. 6, p. 2666-2674, 2018.

SALLES, P. S.; CASTRO, R. C. B. R. Validation of the informative material for patients and their families undergoing chemotherapeutical treatment. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 178-185, 2010.

SANTOS, F. J. *et al.* Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sci.**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 52-57, 2019.

SEVERO, I. M. *et al.* Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 540-554, 2014.

SILVA, T. O. *et al.* O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, [S.l.], v. 18, p. e1173, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33340>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, R. S. S. *et al.* Uso de pulseiras de identificação: implicações para a segurança do recém-nascido na maternidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019.

SKAGERSTRÖM, J. *et al.* Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. **Nursing open**, Hoboken, v. 4, n. 4, p. 230–239, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.89>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SOFFNER, R. K.; BARBOSA, A. L. Tecnologia educacional e o enfoque sociocomunitário. **Revista de Ciências da Educação**, São Paulo, v. 8, n. 25, p. 1-8, 2011. Disponível em: <https://www.revista.unisal.br/ojs/index.php/educacao/article/view/106/171>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SOUZA, R. F. F.; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 22-28, jan./fev. 2014.

SOUZA, A. F. R. *et al.* Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. **Enferm. Foco**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 12-16, 2019.

SOUZA, H. X. *et al.* Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e51948, 2020.

SOUZA, V. R.S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002021000100412&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002021000100412&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 5 abr. 2021.

STAINES, A. *et al.* COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32400870/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Segurança do Paciente no Contexto da Maternidade: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 24, p. 1-12, 2018.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TASE, T. H.; TRONCHIN, D. M. R. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 374-380, 2015.

TORINO, V. V. *et al.* Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Curitiba, v. 26, n. 4, p. e1450014, 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Delineamento Provocador de Mudanças nas Práticas de Saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Moriá Editora, 2004.

TRINDADE, D. F. S. SPINIELLI, M. A. S.; MOREIRA, B. D. Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 44-53, abr./jun, 2018

VICTOR, M. A. G. *et al.* Quedas em pacientes cirúrgicos: subsídios para o cuidado de enfermagem seguro. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, supl. 10, p. 4027-35, out. 2017.

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 12, p. e00223019, 2020.

VÓRIA, J. O. *et al.* Adesão às barreiras de segurança no processo de administração de medicamentos na pediatria. **Texto & Contexto Enfermagem**, Curitiba, v. 29, p. 20180358, 2020.

WALL, M. L. **Tecnologias Educativas: subsídios para a assistência de enfermagem em Grupos**. Goiânia: AB, 2001.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**. Genebra, 2017c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5>. Acesso em: 23 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and today's evidence tomorrow's agenda**. Genebra, 2009. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857\\_eng.pdf;jsessionid=5D5A3A9A1F0C8BEEDCAC04114627E60A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857_eng.pdf;jsessionid=5D5A3A9A1F0C8BEEDCAC04114627E60A?sequence=1). Acesso em: 14 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Solutions Preamble**. Genebra, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth, Berkeley, v. 24, n. 2, p. 121-123, Jun. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme**. Genebra, 2004. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf). Acesso em: 23 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém nascidos. Genebra, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5>. Acesso em: 14 fev. 2021.

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados para pacientes e acompanhantes

Entrevista nº.: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente ( ) Acompanhante ( )

Número de telefone/Whatsapp \_\_\_\_\_

### 1. Dados de Identificação

Identificação: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) feminino ( ) masculino ( ) outros

Idade: \_\_\_\_\_ Cidade em que reside: \_\_\_\_\_

### 2. Dados sócioeconômicos

- Situação conjugal: ( ) casado ( ) solteiro ( ) separado ( ) viúvo

- Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) antigo ensino fundamental completo ( ) antigo ensino fundamental incompleto ( ) antigo ensino médio completo ( ) antigo ensino médio incompleto ( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

- Situação ocupacional: ( ) empregado ( ) desempregado ( ) aposentado ( ) nunca trabalhou ( ) autônomo ( ) estudante

- Renda familiar total: ( ) apenas auxílio ( ) < 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) 3 a 6 salários mínimos ( ) 6 a 9 salários mínimos ( ) > 9 salários mínimos ( ) variável

### 3. Roteiro de entrevista

- 1) O que você entende por Segurança do Paciente?
- 2) O que essas imagens representam para você?





- 3) Como você pode contribuir para a (sua própria) segurança da paciente e do bebê?
- 4) Você poderia me descrever alguma situação que envolve a segurança do paciente que considerou importante?
- 5) O que você acha que pode ajudar ou dificultar a sua participação na segurança do paciente e do bebê?
- 6) O que você gostaria de saber mais sobre a segurança do paciente durante a internação?

**APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados para profissionais de saúde**

Entrevista nº.: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de telefone/Whatsapp \_\_\_\_\_

**1. Dados de identificação**

Gênero: ( ) feminino ( ) masculino ( ) outros

Idade: \_\_\_\_\_ Cidade em que reside: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

**2. Roteiro de entrevista**

- 1) Como você percebe a participação do paciente e do acompanhante nas ações de segurança do paciente?
- 2) Como você avalia sua contribuição em busca da participação do paciente e acompanhante na segurança do paciente?
- 3) Quais os aspectos que você considera facilitadores e dificultadores para o envolvimento do paciente e acompanhante na segurança do paciente?
- 4) O que você acha que os pacientes e acompanhantes precisam saber para participar da segurança do paciente?
- 5) O que você acha que deveria ser feito nesse setor, visando maior participação do acompanhante e paciente nas ações de segurança do paciente?

**APENDICE C – Roteiro para o Diário de Campo**

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

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Tempo de duração da entrevista: \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

- 1) Observar e descrever o comportamento, as expressões faciais, os gestos e o modo de falar e agir do participante durante a entrevista.
- 2) Descrever meus sentimentos durante a entrevista.
- 3) Em caso de dificuldades e imprevistos durante a entrevista, descrevê-los.
- 4) Observar e descrever (se houver) situações, comportamentos e atitudes marcantes do participante que estejam relacionados à segurança do paciente.

## APENDICE D – VERSÃO INICIAL DA CARTILHA



Comuniquem se perceberem alguma informação errada, letras apagadas ou ausência da pulseira de identificação no bebê ou na paciente.



4

Ajudem os profissionais a lembrarem de checar a pulseira de identificação antes de qualquer cuidado com a paciente ou com o bebê.



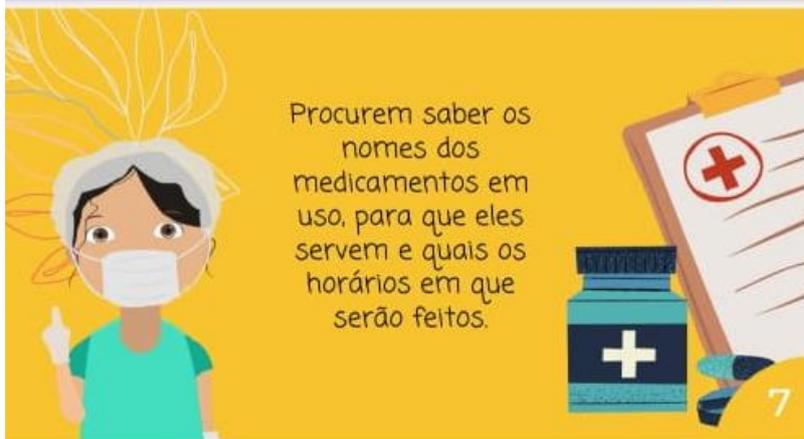
5

## MEDICAÇÃO SEGURA



6

Procuram saber os nomes dos medicamentos em uso, para que eles servem e quais os horários em que serão feitos.



7

Lembrem ao profissional de checar a pulseira de identificação antes da medicação e comuniquem se tiver alergia à algum medicamento.



8

  
 Avise aos profissionais se a paciente tiver qualquer desconforto durante ou após a medicação recebida.



9

## HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS

Higienizem as mãos todas as vezes que forem tocar na paciente ou no bebê.



11

## HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS



12

## PROCEDIMENTO SEGURO

13

Leiam atentamente o termo de consentimento antes de assinar.

O termo de consentimento descreve o procedimento a ser realizado e os riscos para a paciente.



14

Exijam a conferência da pulseira de identificação da paciente e do bebê antes de qualquer procedimento.



15

## PREVENÇÃO DE QUEDAS

16



Levante da cama sempre com o auxílio do acompanhante ou do profissional.

Mantenham as grades da cama sempre elevadas.

Não deixem o bebê na cama sozinho, pois ele pode cair.

17

## COMUNICAÇÃO SEGURA

18

- Esclareçam todas as suas dúvidas!
- Se mesmo com as orientações ainda tiverem dúvidas, peçam aos profissionais que expliquem com outras palavras.
- Depois de terem recebido essas informações, convido vocês a participarem da segurança da paciente e do bebê na maternidade, juntos aos profissionais!



19



Autores: Enf<sup>a</sup>. mestranda Manuela Estrela Baggio  
Enf<sup>a</sup>. Dra. Bruna Figueiredo Manzo

Ilustração e Diagramação: Sara Fontenele

*Referência Bibliográfica:*

*BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.*

*BRASIL, Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.*

Parceria:  ODILEEN  
BEHRENS

Esta cartilha é resultado da dissertação de mestrado "Construção de uma tecnologia educativa para promoção do envolvimento da paciente e acompanhante nas ações de segurança do paciente na maternidade".

**APÊNDICE E – Roteiro de avaliação da cartilha pelos acompanhantes, pacientes e profissionais.**

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

Identificação do participante: \_\_\_\_\_

- 1) O que você achou do conteúdo e das ilustrações da cartilha? Sugere alguma alteração?
- 2) O que essa cartilha trouxe de novidade para você?
- 3) Você ficou com alguma dúvida durante a leitura da cartilha?
- 4) Você recomendaria a leitura dessa cartilha para outros pacientes e acompanhantes?  
Por quê?
- 5) Como você acha que essa cartilha pode ajudar na segurança do paciente durante a internação da paciente e do bebê na maternidade?
- 6) Como foi para você participar da construção dessa cartilha?

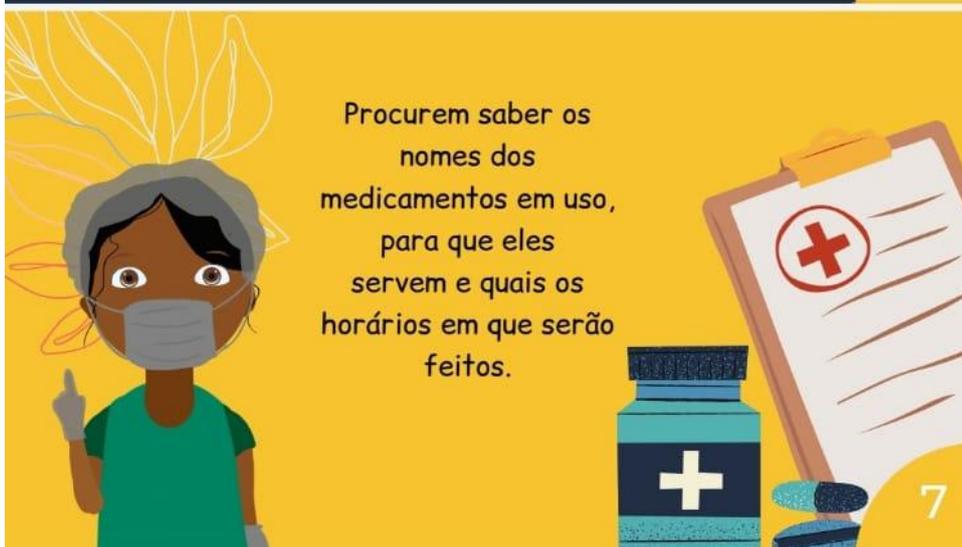
## APENDICE F - Versão final da cartilha





# MEDICAÇÃO SEGURA

6



Procurem saber os nomes dos medicamentos em uso, para que eles servem e quais os horários em que serão feitos.

7

Lembrem ao profissional de checar a pulseira de identificação antes da medicação.  
Comuniquem se a paciente tiver alergia à algum medicamento.



8



 Avise aos profissionais se a paciente tiver qualquer desconforto durante ou após a medicação recebida.

9

## PROCEDIMENTO SEGURO



10

Leiam atentamente o termo de consentimento antes de assinar.  
O termo de consentimento descreve o procedimento a ser realizado e os riscos para a paciente.



11

Exijam a conferência da pulseira de identificação da paciente e do bebê antes de qualquer procedimento.



12

## HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS



13

Higienizem as mãos todas as vezes que forem tocar na paciente ou no bebê.



14

## HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS



15

## PREVENÇÃO DE QUEDAS

16



Levante da cama sempre com o auxílio do acompanhante ou do profissional.

Mantenham as grades da cama sempre elevadas.

Não deixem o bebê na cama sozinho, pois ele pode cair.

17

# COMUNICAÇÃO SEGURA

18

- Esclareçam todas as suas dúvidas!
- Se mesmo com as orientações ainda tiverem dúvidas, peçam aos profissionais que expliquem com outras palavras.
- Agora, convido vocês a participarem da segurança da paciente e do bebê juntos com os profissionais!



19

UFMG

Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Autores: Enf<sup>a</sup>. Manuela Estrela Baggio  
Enf<sup>a</sup>. Dra. Bruna Figueiredo Manzo

Ilustração: Sara Fontenele

Diagramação: Enf<sup>a</sup>. Manuela Estrela Baggio

#### Referência Bibliográfica:

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.*

Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.* Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

Esta cartilha é resultado da dissertação de mestrado "Tecnologia Educativa para Promoção de Ações de Segurança do Paciente em uma Maternidade".

Parceria: HOSPITAL METROPOLITANO  
ODILON  
BEHRENS

## ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA O FUNCIONÁRIO E GESTOR

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo. O projeto integrado de pesquisa intitulado: “**Participação do paciente ou acompanhante no contexto da segurança do paciente em unidades hospitalares**” é desenvolvido pela pesquisadora **Prof. Dra.** Bruna Figueiredo Manzo (CPF nº: 035.612.616-12), com a colaboração da equipe de pesquisadores.

O projeto de pesquisa tem como **Objetivo Geral:** Analisar estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno- neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores. Você será convidado (a) a responder algumas questões sobre a segurança do paciente, as quais serão gravadas e transcritas posteriormente, na íntegra. Você também pode ser observado em algumas oportunidades cuidado realizado às parturientes e bebês. A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida ou questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas) ou por meio do COEP UFMG (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora acima citados, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Este termo será assinado em duas vias e uma via ficará com você.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu.....

fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha

decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP):** Av. Antônio Carlos, nº 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

**Contato do Pesquisador:** Bruna Figueiredo Manzo – Fone: (31) 3409-8034 / E-mail: [brunaamancio@yahoo.com.br](mailto:brunaamancio@yahoo.com.br) Endereço: Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 4º andar - Sala 420/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100

## ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido para pacientes e acompanhantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES NA MATERNIDADE

Convido-a participar do estudo “**Participação do paciente ou acompanhante no contexto da segurança do paciente em unidades hospitalares**”, de responsabilidade da pesquisadora **Prof. Dra. Bruna Figueiredo Manzo** (CPF nº: 035.612.616-12), com a colaboração da equipe de pesquisadores. Esse estudo tem como objetivo avaliar a percepção sobre a segurança do paciente na maternidade, bem como as estratégias de envolvimento da família e do paciente nesse contexto.

Você será convidado (a) a responder algumas questões, as quais serão gravadas e transcritas posteriormente, na íntegra. Também será observado e anotado todo o cuidado realizado pela equipe, além dos registros feitos durante a sua internação. O cuidado oferecido a você não sofrerá nenhuma alteração.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida ou questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas) ou por meio do COEP UFMG (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora acima citados, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Este termo será assinado em duas vias e uma via ficará com você.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu.....fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como

voluntário(a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP):** Av. Antônio Carlos, nº 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

**Contato do Pesquisador:** Bruna Figueiredo Manzo – Fone: (31) 3409-8034 / E-mail: [brunaamancio@yahoo.com.br](mailto:brunaamancio@yahoo.com.br) Endereço: Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 4º andar - Sala 420/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100

## ANEXO C - Aprovação comitê de ética em pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal

**Pesquisador:** Bruna Figueiredo Manzo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 54459216.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.862.502

#### Apresentação do Projeto:

"A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal"

Resumo do projeto de pesquisa anexado à plataforma: "Trata-se de um estudo que tem o objetivo de analisar as estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno-neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores. Utilizará como método o Estudo de Casos múltiplos, de abordagem qualitativa e quantitativa. Os cenários de estudos serão três maternidades e unidades de terapia intensiva neonatais, às quais são referência ao atendimento dessa população no estado de Minas Gerais. Os participantes do estudo serão todos os profissionais de saúde, gestores e usuários desses serviços. A coleta de dados será através de três técnicas: Entrevista com roteiro semiestruturado, observação e coleta de dados secundários registrados pelos serviços. A análise dos dados qualitativos serão através da Análise de Conteúdo. Os dados da observação serão utilizados para enriquecimento da análise das entrevistas. Para os dados quantitativos terá análise estatística descritiva."

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno- neonatal que visem à

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.862.502

segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar incidentes evitáveis em maternidades e unidades neonatais de hospitais de médio e grande porte;
- b) Identificar situações de cuidado que predisõem a incidentes evitáveis em serviços de atendimento materno- neonatal;
- c) Analisar como os profissionais de saúde reconhecem a quebra da segurança nas circunstancia de cuidado na assistência materno neonatal;
- d) Analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em incidentes eventos adversos;
- e) Identificar a percepção dos usuários de serviço sobre a segurança assistencial;
- f) Analisar a cultura de segurança nos serviços de assistência materno neonatal;
- g) Descrever a percepção dos profissionais sobre a influencia dos acompanhantes ou dos próprios pacientes na segurança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequadamente avaliados de acordo com o parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

Riscos e benefícios do projeto anexados a plataforma: "Riscos: Esta pesquisa possui riscos mínimos e será mantido o anonimato e sigilo para que não haja constrangimento. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes do estudo. Caso o participante venha a contrair danos em decorrência do referido estudo como constrangimento ao responder as questões, a participação pode em qualquer momento ser encerrada. Benefícios: Irá contribuir para a identificação de fatores evitáveis, que levam à insegurança no atendimento aos usuários dos serviços. E, ainda, o projeto envolve a formação de recursos humanos para atuar na área, por meio da participação ativa de alunos de mestrado, doutorado e de Iniciação científica na equipe de trabalho. "

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores vem por meio deste informar o acréscimo do cenário de pesquisa - A maternidade do Hospital das clinicas de Minas gerais como um dos coparticipantes do estudo . Certo que pesquisar esse cenário será de grande valia no estudo , visto que esse hospital tem perfil de Hospital escola e é referencia nos cuidados obstétricos para o estado de Minas gerais.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

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

Adequadamente listados de acordo com a parecer Nº 1.528.373 datado em 05/05/2016.

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado: "A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal", sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Figueiredo Manzo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_832060_E1.pdf	01/12/2016 16:14:54		Aceito
Outros	emenda.docx	01/12/2016 16:13:42	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	hc.jpg	30/11/2016 17:08:05	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	544592162aprovacao.pdf	05/05/2016 09:26:40	Rangell Figueiredo de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_RN.docx	19/04/2016 09:51:22	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PUER.docx	19/04/2016 09:51:12	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

Ausência	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	autoricao.pdf	23/03/2016 11:52:26	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/03/2016 10:37:28	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Folha de Rosto	FOROSTO.pdf	07/03/2016 10:36:34	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANMATHOB.pdf	07/03/2016 10:36:24	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANCTIHOB.pdf	07/03/2016 10:36:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANSOFIA.pdf	07/03/2016 10:34:06	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE3.pdf	07/03/2016 10:33:40	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE2.pdf	07/03/2016 10:33:30	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE.pdf	07/03/2016 10:33:18	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/03/2016 04:24:58	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2016 04:24:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	54459216parece.pdf	12/12/2016 18:48:50	Vivian Resende	Aceito
Outros	544592162emend.pdf	12/12/2016 18:49:07	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.862.502

BELO HORIZONTE, 02 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO D - Aprovação do comitê de ética em pesquisa do HOB**

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal

**Pesquisador:** Bruna Figueiredo Manzo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54459216.2.3002.5129

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.944.936

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo que tem o objetivo de analisar as estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno-neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores. Utilizará como método o Estudo de Casos múltiplos, de abordagem qualitativa e quantitativa. Os cenários de estudos serão três maternidades e unidades de terapia intensiva neonatais, às quais são referência ao atendimento dessa população no estado de Minas Gerais. Os participantes do estudo serão todos os profissionais de saúde, gestores e usuários desses serviços. A coleta de dados será através de três técnicas: Entrevista com roteiro semiestruturado, observação e coleta de dados secundários registrados pelos serviços. A análise dos dados qualitativos será através da Análise de Conteúdo. Os dados da observação serão utilizados para enriquecimento da análise das entrevistas. Para os dados quantitativos terá análise estatística descritiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar estratégias utilizadas em serviços de atendimento materno- neonatal que visem à segurança dos pacientes na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rua Formiga 50 Sala 108

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 31.110-430

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-6120

**E-mail:** cephob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 1.944.936

- a) Identificar incidentes evitáveis em maternidades e unidades neonatais de hospitais de médio e grande porte;
- b) Identificar situações de cuidado que predispõem a incidentes evitáveis em serviços de atendimento materno- neonatal;
- c) Analisar como os profissionais de saúde reconhecem a quebra da segurança nas circunstancia de cuidado na assistência materno neonatal;
- d) Analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em incidentes eventos adversos;
- e) Identificar a percepção dos usuários de serviço sobre a segurança assistencial;
- f) Analisar a cultura de segurança nos serviços de assistência materno neonatal;
- g) Descrever a percepção dos profissionais sobre a influencia dos acompanhantes ou dos próprios pacientes na segurança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Possibilidade da ocorrência de eventuais riscos de constrangimentos ou desconfortos durante as entrevistas e etapa de observação, previstos pela pesquisadora e garantido o anonimato e sigilo da informação, além de poder encerrar sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Benefícios: poderá contribuir para a identificação de eventos evitáveis, que afetam a segurança do paciente, formação de recursos humanos nesta área e proposta de gerenciamento de risco para a assistência materno neonatal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem mérito, o tema é atual, pertinente e pode contribuir para melhorias no atendimento a população materno neonatal. A compreensão das situações que envolvem a segurança do paciente, certamente poderá contribuir para a proposição de medidas que possam reduzir os riscos e mitigar eventos adversos. A pesquisadora solicitou emenda para incluir no cenário de pesquisa a maternidade do Hospital das Clínicas de Minas Gerais.

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

Todos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Endereço:** Rua Formiga 50 Sala 108

**Bairro:** São Cristovão

**CEP:** 31.110-430

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-6120

**E-mail:** cephob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 1.344.006

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

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa intitulado: "A Segurança do paciente na Assistência Materno e Neonatal", sob a responsabilidade da pesquisadora Bruna Figueiredo Manzo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP/HOB reforça a necessidade de comunicar qualquer alteração do projeto via emenda na Plataforma Brasil; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel); apresentar na forma de notificação relatórios parciais a cada 06 (seis) meses e relatório final com o sumário dos resultados ao final.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_832060_E1.pdf	01/12/2016 16:14:54		Aceito
Outros	emenda.docx	01/12/2016 16:13:42	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	hc.jpg	30/11/2016 17:08:05	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	544592162aprovacao.pdf	05/05/2016 09:26:40	Rangell Figueiredo de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_RESP_RN.docx	19/04/2016 09:51:22	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_PUER.docx	19/04/2016 09:51:12	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_FUN_GEST.docx	19/04/2016 09:50:54	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	autoricao.pdf	23/03/2016 11:52:26	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/03/2016 10:37:28	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Folha de Rosto	FOROSTO.pdf	07/03/2016 10:36:34	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108

Bairro: São Cristóvão

CEP: 31.110-430

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-6120

E-mail: cepob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 1.944.636

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANMATHOB.pdf	07/03/2016 10:36:24	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANCTIHOB.pdf	07/03/2016 10:36:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANSOFIA.pdf	07/03/2016 10:34:06	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE3.pdf	07/03/2016 10:33:40	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE2.pdf	07/03/2016 10:33:30	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAANODETE.pdf	07/03/2016 10:33:18	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/03/2016 04:24:58	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2016 04:24:10	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

Lúcia de Fátima Pais de Amorim  
(Coordenador)