



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CADI DABO

GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA MATERNIDADE DE
GUINÉ-BISSAU

JOÃO PESSOA-PB
2023

CADI DABO

GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA MATERNIDADE DE GUINÉ-
BISSAU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-PB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, cuidado e gestão em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Do Socorro Trindade
Morais

JOÃO PESSOA - PB

2023

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
Pós-Graduação em Saúde Coletiva	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a)	
CadiDabo	
Realizada no Dia	
23/112023	

Às 14:00 horas do dia 23 do mês de novembro do ano de 2023 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

CADIDABO

Intitulado

GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: Percepção da equipe de enfermagem da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes.

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

Trindade Morais, orientador(a), Maria do Socorro

Franklin Delano Soares Forte e

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

A sessão foi aberta pela presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. A primeira examinadora foi da professora doutora Ana Suerda Leonor Gomes Leal. Em seguida foi a vez do prof. Franklin Delano S. Fortes. Durante a arguição da banca, seguiu-se o processo de respostas da mestranda. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda.

Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou [redacted] aprovad o trabalho da discente. Nada havendo a relatar a sessão foi mais às 16:00h [redacted] encerrada [redacted] horas, e eu

[redacted] Maria do Socorro Trindade Moraes [redacted], orientadora do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

[redacted] João Pessoa [redacted] 23 de [redacted] novembro de [redacted] 2023 [redacted].

Maria do Socorro Trindade Moraes

Assinatura do(a) orientador(a):

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

D115g Dabo, Cadi.

Gestão da segurança do paciente : percepção da
equipe de enfermagem de uma maternidade de Guiné-Bissau
/ Cadi Dabo. - João Pessoa, 2023.
97 f. : il.

Orientação: Maria do Socorro Trindade Moraes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde coletiva. 2. Segurança do paciente. 3.
Gestão do cuidado. 4. Eventos adversos. 5. Qualidade da
assistência. I. Moraes, Maria do Socorro Trindade. II.
Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

CADI DABO

**GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA MATERNIDADE DE
GUINÉ-BISSAU**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade Moraes
Orientadora - UFPB

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Examinador interno - UFPB

Profa. Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal
Examinador Externo

Prof. Dr. Filipe Ferreira Da Costa
Examinador interno Suplente

Profa. Vera Lúcia De Azevedo Dantas
Examinador Externo Suplente

Dedico este estudo a toda minha família e a todos os profissionais de saúde da Guiné-Bissau, que dão seu máximo mesmo com as baixas condições de trabalho naquele país, os considero heróis e mágicos.

AGRADECIMENTOS

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado com certeza vai mais longe” (Clarice Lispector). Agradecer é admitir que houve um minuto em que se precisou de alguém, reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente.

Por isso começo a agradecer a DEUS pela saúde, pelo dom de persistência e resiliência.

Aos meus pais, Ansumane Dabo e Uri Balde, pelo amor incondicional, pela compreensão e apoio para concretização dos meus sonhos. Aos meus irmãos Helena, Lamine, Suncar, Sana e Sene que sempre estiveram do meu lado apoiando e acreditando nos meus sonhos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade Moraes, minha eterna gratidão por ter me recebido de braços abertos, mesmo sabendo das minhas limitações, ter acreditado em mim e ter aceitado este desafio ousado da minha proposta de pesquisa, respeitando minhas ideias e por ter me dado autonomia durante todo o processo. Também por tamanha sensibilidade, paciência, humildade, confiança e ensinamentos ao longo das orientações. Minha sincera gratidão.

À banca avaliadora deste trabalho, pela solicitude no aceite do convite, pelo zelo com a pesquisa acadêmica, compromisso e por serem fonte de inspiração para mim. Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, Profa. Dr^a Ana Suerda Leonor Gomes Leal, Prof. Dr. Felipe Ferreira da Costa e Profa. Vera Lúcia de Azevedo Dantas. Gratidão por apreciarem o meu trabalho.

Gratidão especial ao Professor Dr. Franklin Delano Soares Forte, por contribuir substancialmente em minha pesquisa, direcionando um olhar especial e mais aprofundado aos meus trabalhos.

À professora Dra. Francisca Elizangela Teixeira Lima e ao grupo

de estudo sobre cuidados de enfermagem em pediatria (GECEP), da Universidade Federal do Ceará, liderado por ela, que foi através deste grupo de estudo que tive a oportunidade de compreender melhor a temática Segurança de Paciente.

A professora Dra. Vera Lucia de Azevedo Dantas, pelas valiosas contribuições e profundas reflexões sobre o contexto geral do meu estudo. Por sua paciência e disposição em sempre participar deste momento tão especial que foi a construção desta dissertação.

A Profa. Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal, que abraçou minha pesquisa mesmo de última hora, compondo a banca examinadora do exame de pré-banca e trouxe contribuições riquíssimas ao estudo, gratidão de coração.

À Universidade Federal da Paraíba, em especial, ao corpo docente e aos Coordenadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela excelência na formação e por serem exemplos de amor pela pesquisa, pela ciência e pela saúde pública brasileira.

Aos membros do comitê de ética de pesquisas em seres humanos de Guiné-Bissau, especialmente ao senhor Djicó, a direção do Hospital Nacional Simão Mendes e a toda equipe da maternidade do HNSM, em especial a Enf. Ligia e Parteira Antonieta.

Aos colegas da 3ª Turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPB, pelo acolhimento, companheirismo, amizade, apoio e pela construção de conhecimento. Em especial, a amigos que fiz nessa turma e que irei levar para vida (Acahi Costa, Jonathan, Mateus, Caio, Daniele, Suenia, Fernando, Alana e Gabriela), que dividiram comigo suas angústias, dificuldades, madrugadas adentro, sempre cheios de bom humor e entusiasmo. É um privilégio contar com suas amizades.

A todos os orientandos da professora Maria do Socorro Trindade de Moraes, os nossos encontros contribuíram muito no desenvolvimento deste estudo, especialmente o João que foi um parceiro e deu bastante

ajuda. Gratidão.

Ao meu amigo Abdel Boneensa Cá, que foi praticamente um co-orientador para mim, em todas as etapas deste processo, deu suas contribuições desde elaboração do meu projeto para concorrer à vaga desse mestrado até a fase final da elaboração da dissertação. Muito obrigada meu parsa.

Aos meus amigos da vida, agradeço o incentivo, suporte, pelas palavras de afeto e estimável convivência. Vocês contribuíram diretamente nesta trajetória. Guardo os nomes (que são muitos) e a amizade de cada um no coração. Porém, gostaria de registrar alguns aqui: Mashood Djaló, Amado Faram Mane (meu filho por consideração), Angélica Ataíde, Claudia Ataíde, Patricia Vivina. Gratidão minha gente!

Um agradecimento especial a poucas pessoas que contribuíram com a minha vaquinha de passagem para Guine, obrigada por acreditarem no meu estudo.

Enfim, minha imensa gratidão a todos e todas que, direta e indiretamente, fizeram esse momento acontecer, contribuindo com minha formação. O sentimento de gratidão emana por cada um. Só cheguei até aqui graças ao amor, ao apoio e à dedicação que vocês sempre tiveram por mim.

GRATIDÃO é a palavra que me define neste momento!

RESUMO

A gestão da segurança nos serviços de saúde para evitar incidentes, desempenha papel fundamental para redução de riscos e danos ao paciente. Este estudo tem como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre a gestão da Segurança do paciente na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que teve como cenário a Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, localizado em Guiné-Bissau. Participaram do estudo integrantes da equipe de enfermagem, sendo sete enfermeiras e seis parteiras. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista, do tipo semiestruturada, realizada no período compreendido entre outubro e novembro de 2022. O material empírico foi organizado e fundamentado a partir do método da análise de conteúdo, segundo Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisas na Saúde de Guiné-Bissau. Os resultados estão apresentados em sete categorias temáticas: conhecimento sobre segurança do paciente e eventos adversos; ocorrência de eventos adversos; protocolos das metas internacionais da segurança do paciente; equipes da gestão e educação permanente sobre a segurança do paciente na maternidade; estratégias adotadas para redução de erros no cuidado, influência das condições do trabalho na qualidade da assistência e as contradições entre as narrativas das entrevistadas e a realidade encontrada. Concluiu-se que as profissionais da maternidade pesquisada não possuem conhecimentos adequados e suficientes sobre a segurança do paciente. Os resultados servirão de elementos norteadores para subsidiar a implementação e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde voltadas para segurança do paciente e para o fortalecimento da cultura de segurança no cuidado, considerando as especificidades e singularidades do sistema de saúde Guineense.

Palavras-chaves: Segurança do Paciente. Cultura de Segurança do Paciente. Gestão do Cuidado. Eventos Adversos. Qualidade da Assistência.

ABSTRAT

Security management in healthcare services to prevent incidents plays a fundamental role in reducing risks and harm to patients. This study aims to analyze the nursing team's perception of patient safety management in the maternity ward at Hospital Nacional Simão Mendes. This is a study with a qualitative approach that took place in the Maternity Unit of the Hospital Nacional Simão Mendes, located in Guinea-Bissau. Members of the nursing team participated in the study, 7 nurses and 6 midwives. For data collection, the semi-structured interview technique was used, carried out in the period between October and November 2022. The empirical material was organized and based on the content analysis method, according to Bardin. The project was approved by the National Health Research Ethics Committee of Guinea-Bissau. The results are presented in seven thematic categories: knowledge about patient safety and adverse events; occurrence of adverse events; protocols of international patient safety goals; management teams and ongoing education on patient safety in the maternity ward; strategies adopted to reduce errors in care, the influence of working conditions on the quality of care and the contradictions between the interviewees' narratives and the reality found. It was concluded that the professionals at the maternity hospital studied do not have adequate and sufficient knowledge about patient safety. The results will serve as guiding elements to support the implementation and improvement of public health policies aimed at patient safety and strengthening the culture of safety in care, considering the specificities and singularities of the Guinean health system.

Keywords: Patient Safety. Patient Safety Culture. Care Management.
Adverse events. Quality of Assistance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1 CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DE GUINÉ-BISSAU.....	27
3.1.1 Mapa Sanitário da Guiné-Bissau.....	28
3.1.2 Serviço Nacional de Saúde: organização, infraestruturas e equipamentos.	29
3.1.3 Nível secundário dos cuidados de saúde nas RS	31
3.1.4 Serviços de nível terciário ou nacional	31
3.1.5 Outros setores públicos	33
3.1.6 Setor convencionado	33
3.1.7 ES convencionadas com a Igreja Católica	33
3.1.8 Convenção com a EMI.....	34
3.1.9 Setores privados	35
3.1.10 Cuidados médicos transfronteiriços	36
3.1.11 Setor da medicina tradicional	36
3.1.12 Saúde da população: um olhar epidemiológico	36
3.2 CONTEXTO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE	37
4. PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1 Desenhos de Estudo.....	43
4.2 Cenários do Estudo	43
Fonte: Imagens da pesquisa – Maternidade do HNSM.....	44
4.3 População e Amostra.....	44
4.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	45
4.5 Análises dos Dados	47
4.6 Aspectos éticos.....	48
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
5.1 Perfis sociodemográfico dos profissionais que trabalham na maternidade.....	50
5.2 Conhecimentos sobre Segurança do Paciente e Eventos Adversos	54
5.3 Ocorrências dos eventos adversos	59
5.4 Protocolos das metas internacionais da segurança do paciente	63
5.5 Equipes da Gestão e Educações permanentes sobre a segurança do paciente na maternidade.....	66
5.6 Estratégias adotadas para redução de erros no cuidado a parturientes.	69
5.7 Influências das Condições do trabalho na qualidade da assistência.	73
6. CONCLUSÃO	82
7. REFERÊNCIAS	84

APÊNDICE A.....	92
APÊNDICE B.....	93
APÊNDICE C.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS / ACRÔNIMOS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APPS - Parceria Africana para a Segurança do Paciente
APS - Atenção Primária à Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DJINÓPI – Djintis Nô Pintcha (Pessoal vamos em frente)
EAD – Ensino à Distância
ENF – Enfermeiro
EUA – Estados Unidos da América
EVs – Eventos Adversos
HNSM – Hospital Nacional Simão Mendes
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
JIC - *Joint Commission International* (Comissão Conjunta Internacional)
MINSAP – Ministério da Saúde Pública
MIPS – Metas Internacionais da Segurança do Paciente
NPS – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAM – Reações Adversas a Medicamentos
RCD – Resolução da Diretoria Colegiada
RH – Recursos Humanos
RS – Região Sanitária
SAB – Setor Autônomo de Bissau
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SP – Segurança do Paciente
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC – Universidade Federal de Ceará
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

APRESENTAÇÃO

Antes de iniciar a descrição do trabalho, farei um relato sobre a minha trajetória e da motivação que levou à realização deste estudo. Chamo-me Cadi Dabo, nasci em Bissau, Capital da República de Guiné-Bissau, um pequeno país localizado na costa ocidental da África. Sou filha de um técnico de construção civil e de uma doméstica não alfabetizada. Meus pais sempre fizeram o possível para que eu e meus irmãos estudássemos nas escolas particulares, porque o sistema de ensino público do país é muito instável, podendo acontecer até perda do ano letivo devido a recorrentes greves dos professores e por vários motivos, mas na maioria das vezes, pelo atraso do salário, que acabava inviabilizando a validação do ano letivo nas escolas públicas,

Conclui o ensino médio em 2009, aos 19 anos, no seguinte ingressei na Escola Nacional de Saúde (ENS) para cursar Enfermagem através de um vestibular muito rigoroso e concorrido onde consegui ingressar na primeira tentativa, o que era raro devido às provas muito difíceis. A Escola Nacional de Saúde de Guiné-Bissau é uma instituição de ensino do nível Tecnólogo vinculada ao Ministério da Saúde de Guiné-Bissau, oferece cursos como Enfermagem, Farmácia, Parteira e Laboratório de Análises, todos com duração de quatro anos.

Uma vez formado pela ENS o profissional não precisa prestar concurso ou algo do tipo para se tornar um funcionário Público do Ministério da Saúde, sendo assim colocado o profissional diretamente para trabalhar em qualquer estabelecimento sanitário do país, muitas das vezes essas colocações demoram até mais de um ano para acontecer, às vezes o profissional tinha opções de escolher o lugar que queria trabalhar, mas na maioria das vezes, não. No meu caso, pude escolher, escolhi a região de Bafatá localizada no leste do país, após me formar em 2014, passaram-se um ano até que aconteceu a minha colocação.

No mesmo ano, a Organização Internacional Médicos sem Fronteiras (MSF), que é uma organização sem fins lucrativos que oferece ajuda médica e humanitária às populações em situações de emergência, em casos como conflitos armados, catástrofes, epidemias, fome e

exclusão social chega a Guiné-Bissau, fechou uma parceria, onde a intervenção dos MSF foi para serviços da Saúde Infantil, começando pela zona leste do país, concretamente na região de Bafatá, a região mais afetada pela mortalidade materna e infantil. Inicialmente, o acordo entre o Ministério da Saúde e o MSF não contemplava contratação direta dos profissionais de saúde, caso necessitassem teriam que solicitar ao Ministério da Saúde que na altura tinha vários profissionais formados e sem colocação por falta de condições para pagar salários aos novos ingressantes, motivo pelo qual a minha turma não foi colocada até então. Assim sendo, o MSF instalou os seus serviços na pediatria do Hospital regional de Bafatá, com todos os serviços gratuitos, desde a consulta, internação, cirurgias, medicações até a alta.

Com isso, a enfermaria da pediatria, que ficava com os leitos praticamente vazios, começou a ficar lotada e o número dos profissionais alocados na pediatria era em pequena quantidade, embora dessem conta dos serviços, porque a procura era pouca, uma vez que tudo era pago e a população tem baixo poder econômico para arcar com os gastos, os profissionais não estavam mais dando conta dos serviços, fazendo com o MSF precisasse solicitar mais profissionais para pediatria, e foi assim que eu e mais oito profissionais de diferentes áreas fomos selecionados do banco de talentos do Ministério da Saúde para constituir a equipe de reforço com o intuito de suprir as demandas que cada vez mais aumentava na pediatria do hospital regional de Bafatá. Tempos depois descobrimos que os nove profissionais enviados, incluindo eu, tínhamos perfil profissional para saúde materna e infantil, segundo os nossos históricos acadêmicos.

Passados dois anos após minha colocação na pediatria do hospital regional de Bafatá, tive a oportunidade de viajar para o Brasil em busca de mais qualificações profissionais, graças a Deus e a uma missionária católica que estava em uma missão em Guiné. Ao chegar no Brasil em agosto de 2017, ingressei na então Faculdade Uni Nabuco, pertencente ao grupo Ser Educacional, na cidade de Fortaleza-Ceará, com objetivo de cursar novamente o curso de Enfermagem, acreditando que o meu diploma de enfermagem obtido em Guiné não seria reconhecido no

Brasil, uma vez que o sistema do ensino Guineense é considerado fraco e por acreditar que o meu diploma era do nível técnico.

Na tentativa de obter o meu registro profissional e assim exercer enquanto cursava o nível superior na Uni Nabuco, procurei Coren-CE, no entanto fui informada que não poderia ser registrada no Coren, sem antes ter validado o meu diploma trazido de Guiné numa instituição competente, nisso me foi passado o contato da secretaria da Pró-Reitoria da Universidade Federal de Ceará (UFC) que é a instância que poderia validar o meu diploma. Já na secretária da Pró-Reitoria da UFC a secretária realizou uma breve análise no meu historio acadêmico e fez algumas perguntas, com base nas minhas respostas concluiu que o meu curso de enfermagem de Guiné não era do nível técnico, mas sim do nível superior, um dos itens que a fez chegar a essa conclusão foi a carga horária do meu curso em geral, que ao ser somado, superava a carga horária do curso de enfermagem da UFC e também pelo fato de ter feito um TCC no final do curso, sabendo que curso técnico possui carga horária menor e não necessita de TCC no final. Ali começou o meu processo de revalidação do diploma que perdurou dois anos, durante o processo precisei cursar 12 disciplinas para que o meu diploma fosse reconhecido no território brasileiro. Em março de 2021 finalmente o meu diploma foi validado e apostilado pela UFC, com isso consegui o meu registro no Coren. Em seguida concorri ao mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Paraíba, na área de concentração em Políticas, Cuidado e Gestão em saúde, onde fui selecionada apresentando projeto intitulado, gestão da segurança do paciente: Percepção da Equipe de Enfermagem de uma Maternidade de Guiné-Bissau. A escolha do objeto da pesquisa tem como referência situações vivenciadas por mim no que dizem respeito à segurança do paciente tais como o desenvolvimento de lesões por pressão severa (LPP), erros de medicação, infecções hospitalares, gerando complicações graves e óbitos, muitas das vezes por causas evitáveis.

Outra questão relevante sobre a escolha desse objeto, diz respeito ao fato de que, especialmente na formação em Enfermagem da Escola Nacional de Saúde de Guiné-Bissau, os conteúdos relacionados ao campo

da segurança do paciente são de modo superficial, não gerando impacto no processo formativo e nem na prática, tendo em vista que a cultura de segurança do paciente ainda é uma área muito pouco discutida nas instituições de saúde guineenses.

Durante a minha participação no grupo de pesquisa GECEP da UFC, tive a clareza de que aquela frase que cresci escutando e que sempre me incomodava que era “ah, naquele hospital você entra com uma doença e sai com outra”, na verdade se tratava de infecções hospitalares, má gestão de segurança do paciente. Desde então comecei a refletir sobre a inexistência da cultura de segurança do paciente em Guiné-Bissau, comecei a pensar o que poderia ser feito em relação a isto. Foi então onde decidi pesquisar sobre o tema em Guiné, para melhor entender como e por onde começar.

DIÁRIO DE COLETA DE DADOS

Por se tratar de um estudo realizado no exterior (meu país de origem), precisei viajar para Guiné-Bissau, para realizar a coleta de dados. As dificuldades foram inúmeras, durante o mestrado todo, a começar pelo fato de que não tinha bolsa de estudo, precisei ficar viajando entre Fortaleza e João Pessoa, porque Fortaleza é a cidade onde consigo me manter financeiramente através dos meus trabalhos com as tranças africanas, já que não conseguia emprego na minha área de formação.

A passagem para Guiné na altura estava custando entre 12 e 17 mil reais, quantia essa que eu não dispunha devido a minha condição financeira. Inicialmente pensei em fazer empréstimo no banco, porém uma amiga Acahai Costa teve a ideia de criarmos uma vaquinha virtual, colocamos a meta de 10 mil, porém só conseguimos arrecadar 700 reais, tive que arcar com restante do valor da passagem, pagando com meus cartões de crédito, o que levou a minha inadimplência até hoje.

Uma vez comprada a passagem de ida e volta, com duração de três meses, acreditando que seria tempo suficiente para todas as tramitações necessárias para coleta de dados e passar um tempo com a minha família que não via a cindo anos.

Um dia antes do meu embarque para Guiné, dia 12 de Agosto de 2022, enviei meu projeto de pesquisa para comitê de ética em pesquisas em seres humanos de Guiné-Bissau, na esperança do meu projeto entrar para pauta de reunião mensal do mesmo mês agosto do mencionado comitê de ética, porém, não se reuniram no mês de agosto, nem em setembro, precisei procurar os membros do comitê pessoalmente, alguns estavam viajando, outro se encontrava doente, o presidente do comitê me prometeu reunir os membros quanto antes, e assim foi. Em outubro se reuniram, analisaram meu projeto e o reprovaram, com justificativa de que meu projeto não se enquadrava nos seus critérios do referido comitê sugeriram algumas mudanças.

Fiz as mudanças e enviei o projeto de volta para o comitê, se passaram quase um mês, e nada de resposta do comitê e o meu tempo em

Guiné estava se esgotando, foi quando tive a ideia de pedir permissão do hospital para realizar a coleta mesmo sem aprovação do comitê de ética, me comprometendo a entregar a aprovação do comitê, assim que fosse aprovado o projeto, caso contrário, não daria tempo, porque me restava menos de um mês para voltar para o Brasil.

Um dos motivos dessa demora, além da desorganização foi também por falta de vontade para com meu projeto, já que não paguei a taxa cobrada pelo comitê para analisar os projetos que dão entrada no único comitê de ética do país, pertencente ao Instituto Nacional de Saúde de Guiné-Bissau. As taxas variam entre dois e cinco mil reais, dependendo da natureza do projeto. Porém, estudantes com hipossuficiência financeira podem solicitar a isenção dessa taxa.

Iniciei as entrevistas no dia 24 de outubro de 2022, uma semana depois, recebi a aprovação do comitê de ética. Com início das entrevistas surgiram novos problemas, como convencer as profissionais da maternidade a participarem da pesquisa, principalmente porque as entrevistas estariam sendo gravadas, muitas até aceitaram participar, mas quando falava que precisava gravar as entrevistas, mesmo explicando sobre o sigilo que envolvia o estudo, elas desistiam de participar, por medo de retaliação, porque o país vive um momento de ditadura instaurada pelo presidente em exercício, onde quem ousasse falar algo contra o governo poderia sofrer certas consequências.

O primeiro entrevistado não permitiu a gravação da sua entrevista, nos dias seguintes consegui entrevistar algumas profissionais, porém, era perceptível a contradição nas falas de algumas das entrevistadas, omitiram fatos, afirmaram coisas que a realidade mostrava contrário.

Teve dias que não conseguia entrevistar ninguém porquê das profissionais que estavam de plantão nenhuma queria participar do estudo. Outro fato lamentável é que as pessoas não valorizam os estudos, as pesquisas, o que leva a baixa adesão das pessoas nas pesquisas, os próprios governantes não incentivam, não fomentam e nem apoiam os estudos no país, as pessoas desconhecem a importância das pesquisas no desenvolvimento social e democracia do país.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente pode ser definida como redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (OMS, 2010).

O tema ganhou maior destaque após a publicação do relatório do *Institute Of Medice* dos Estados Unidos da América, em novembro de 1999, denominado “*To Err is Human: building a safer health system*” Este relatório trouxe uma discussão sobre a necessidade de repensar as práticas em saúde, evidenciando a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano decorrentes dos eventos adversos (EAs). Dentre eles, 7.000 casos estavam relacionados com erros de medicações (INSTITUTE OF MEDICE, 1999; RIGOBELLO et al., 2012).

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente, durante a assistência à saúde, passaram a estar na pauta de discussões em espaços diversos como a academia, o judiciário e serviços de saúde privados e públicos. Esta discussão está também na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus estados membros, do governo brasileiro nas instâncias nacional, estaduais e municipais (DE CARVALHO LEMOS et al., 2018).

Diante do exposto, em 2004 a Organização Mundial da Saúde criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que tinha como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo (NUNES, et al., 2014).

No Brasil, em maio de 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo trabalho está estruturado em polos e núcleos, onde o propósito principal é disseminar a

importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições. Segundo a idealizadora, Silvia Helena de Bortoli Cassiani, a REBRAENSP se baseia na convicção de que o trabalho em redes supõe solidariedade, confiança e respeito pelos conhecimentos e experiências. (CALDANA, et al., 2015).

Posteriormente, em 01 de abril de 2013, o governo brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

A prestação do cuidado nos serviços de saúde resulta em melhorias significativas aos indivíduos, porém o risco de danos em sua execução é reconhecido, o que pode expor os pacientes a consequências graves e muitas vezes irreversíveis, além de gerar custos físicos, sociais e econômicos significativos para os sistemas de saúde (BEZERRA, 2018).

Esses danos, classificados como Eventos Adversos (EAs), são incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde resultando em incapacidades ou lesões, permanentes ou temporárias, prolongando o tempo de internação e podendo ocasionar até mesmo o óbito, não tendo relação com a doença de base (OMS, 2016; MENDES et al., 2023).

O termo evento adverso relacionava-se ao dano oriundo do cuidado à saúde e não da doença primária, que muitas vezes estendeu o tempo de internação ou teve como consequência alguma incapacidade na alta hospitalar. (FURTADO, et al., 2020).

Dentre os fatores institucionais / organizacionais podem-se elencar as falhas e manutenção de equipamentos, materiais, gerenciamento, entre outros. Quanto aos fatores humanos destacam-se as habilidades/conhecimentos, aspectos psicológicos e fisiológicos. Nos fatores ambientais incluem-se aspectos relacionados ao barulho, agitação e estímulos visuais (GOLLE et al., 2018).

Estudo realizado em Portugal evidenciou uma taxa global de 11,1% de EAs em avaliação de 1669 registros médicos, associados com os procedimentos cirúrgicos 27%, erros de medicamentos 18,3% e de infecções adquiridas em hospitais de 12,2% (SOUSA et al., 2016).

No Brasil, um estudo realizado com objetivo de descrever os eventos adversos relacionados com a assistência à saúde resultantes em óbito, evidenciou que foram registrados 63.933 eventos adversos relacionados com a assistência à saúde no período de junho/2014 a junho/2016. Desses eventos, 417 (0,6%) evoluíram para ‘óbito’ (MAIA, et al., 2018).

A notificação de eventos adversos surge como ferramenta indispensável do cuidar no papel do enfermeiro, o qual atua especialmente com promoção e prevenção, sendo responsável por traçar estratégias que visem minimizar esses eventos, melhorando, assim, a qualidade da assistência prestada. O conhecimento de riscos e falhas, a realização da educação continuada e a melhoria do diálogo entre a equipe podem resultar na diminuição de erros, na melhoria do cuidado prestado e na efetiva segurança do paciente e do profissional de enfermagem (DA COSTA RESENDE, et al., 2020).

A OMS publicou em 2017 as tendências da mortalidade materna na África em 2015, a taxa era de 542 por 100.000 nascidos vivos, enquanto que na Guiné-Bissau neste período foi de 549 óbitos por causas maternas. Apesar dos esforços realizados pelas organizações internacionais na implementação das ações para redução das mortes maternas, alguns países apresentam alta taxa de mortalidade, principalmente países em desenvolvimento ou emergentes, responsáveis por 99% do total de óbitos e 90% dos óbitos maternos são de causas evitáveis (MENDES AMINATA, 2020).

A Guiné-Bissau é reconhecidamente um país com grandes problemas nos sistemas da educação e saúde no que diz respeito à oferta e qualidade destes serviços. Segundo a Constituição Nacional da República de Guiné-Bissau, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, fato esse que não se verifica na realidade. O sistema de saúde guineense é público e não totalmente gratuito, pois em determinadas situações é necessário pagar para ser atendido.

Em 2014, o Governo do Engenheiro Domingos Simão Pereira, através do Ministério da Saúde, lançou um decreto que isenta as crianças menores de 5 anos, mulheres grávidas, pessoas idosas a partir de 60 anos

de pagamentos de consultas, tornando de graça os partos, seja normal ou cesárea; no entanto, o restante dos serviços continuam sendo pagos, alguns dos serviços com as taxas razoáveis e algumas com taxas caras, tornando assim inacessíveis os serviços de saúde para a maioria da população que vive com baixo poder econômico. Nas farmácias públicas, poucos remédios são de graça, fazendo com que só tenha tratamento completo e quem tiver dinheiro pode pagar o restante de medicação prescrita.

O país conta atualmente com dois hospitais de referência, Hospital Nacional Simão Mendes e Hospital Militar Principal, ambos na capital Guineense. Ambos os hospitais são centros de saúde do Tipo A. Segundo pirâmide adaptado do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 1), centros de saúde do Tipo A, são instituições hospitalares que prestam todos os tipos de serviços hospitalares, desde urgência e emergência, observação, cirurgias, internação, serviços ambulatoriais, entre outros (DJATA, 2020).

O Estado guineense conta com uma faculdade de medicina e uma Escola Nacional de Saúde e algumas universidades particulares que formam os profissionais de saúde; sem cursos de especialização instituídos em todo o país, tanto em nível público como privado; dificuldade essa que contribui para uma formação limitada dos profissionais de saúde.

Diante destes problemas, essa investigação elege como objeto de análise a gestão da segurança dos pacientes na perspectiva da equipe de enfermagem da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, uma das referências no país, visto que na maternidade ocorrem vários erros na prestação de serviços de saúde, erros esses que muitas vezes acaba levando a parturiente a óbito.

Durante o período que atuei em uma maternidade pude observar que entre os erros mais comuns cometidos pelos profissionais de saúde da Guiné-Bissau destacam-se: erros de diagnóstico, erros de medicação, falhas na comunicação, entre outros. O que não foge da realidade do resto do mundo, só que com mais frequência e sem notificação dos casos.

Apesar do crescente interesse na temática segurança do paciente,

ainda é generalizada a falta de sensibilização para o problema. Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática, como forma de enriquecer e divulgar a literatura na área da saúde, reduzir as lacunas de conhecimento existentes e sensibilizar os profissionais sobre a importância da prática de segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde, levando à redução dos riscos e danos relacionados à assistência (MESQUITA, 2016).

Diante do exposto, a presente pesquisa foi delineada a partir do seguinte questionamento: Qual é a percepção da equipe de enfermagem sobre a gestão da segurança do paciente na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, com ênfase na prestação do cuidado seguro as parturientes?

A escolha desse tema surgiu com a necessidade de compreender as políticas de gestão da segurança do paciente no contexto guineense. Vale salientar que a saúde pública guineense carece de sistema de informação bem estruturado e de vigilância nos hospitais para garantir a segurança de gestão dos riscos.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre a gestão da Segurança do paciente em uma maternidade de Guiné-Bissau.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber qual a percepção de equipe de enfermagem da maternidade acerca da gestão da segurança do paciente.
- Identificar se os protocolos das metas internacionais da segurança do paciente são utilizados no processo do cuidado na maternidade.
- Descrever os eventos adversos mais frequentes e suas repercussões para as parturientes conforme a percepção dos profissionais de enfermagem.
- Caracterizar as estratégias de redução de risco adotadas na maternidade, segundo os profissionais da enfermagem.
- Analisar a influência da qualidade da infraestrutura e de condições do trabalho na qualidade do cuidado prestado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DE GUINÉ-BISSAU

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres contribuindo para a redução da morbimortalidade, ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher em todos os âmbitos da saúde. Essa Política reflete o compromisso com a saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis e preveníveis, com enfoque na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (SANTANA, et al., 2019).

Nesta mesma pesquisa, com objetivo de analisar os avanços e desafios para a concretização da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, constatou-se que apesar da permanência de muitos conflitos após a implantação desta política, os autores observam mudanças no cenário da saúde referente às mulheres, no momento em que o cuidado não mais se restringe apenas a produtividade e ao ciclo gravídico-puerperal. Porém, ainda serão necessários esforços das equipes de saúde e dos gestores para potencializar a integralidade na perspectiva de construir mudanças significativas para a saúde das mulheres.

Em Guiné-Bissau o assunto saúde da mulher ainda se restringe a reprodução, ao ciclo gravídico-puerperal e associado à saúde infantil, onde a nomenclatura utilizada no país é Saúde Materna e Infantil, ainda não existe uma política ou programa de atenção integral a saúde da mulher exclusivamente.

A mortalidade materna na Guiné-Bissau é ainda uma das mais elevadas do mundo e as mulheres sofrem, são hospitalizadas e morrem na maioria das vezes pelas causas evitáveis ligadas à saúde, reprodução, gravidez e parto (hemorragias, eclâmpsia, infecções, aborto, gravidez precoce) e por câncer de mama e do colo do útero. Esta situação está

claramente associada ao baixo estatuto social da mulher na sociedade guineense, o que limita a sua capacidade de decidir autonomamente sobre a sua saúde e a saúde das suas crianças (PNDS III, 2017).

Este capítulo descreve o sistema nacional da Saúde da Guiné-Bissau, de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III). Para melhor compreensão da organização do Sistema Nacional de Saúde é preciso ter noção da organização do mapa sanitário e dos setores público (o Serviço Nacional de Saúde, outros serviços públicos e serviços públicos convencionados com privados), privado e tradicional, como mostra o mapa sanitário da Guiné-Bissau:

3.1.1 Mapa Sanitário da Guiné-Bissau

Figura 1: Mapa sanitário da Guiné-Bissau



Fonte: Maps Of World, 2019.

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49%

tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas (PNDS III, 2017).

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões e um setor Autónomo que é a capital da República da Guiné-Bissau: Bafatá, Biombo, Bolama Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um Setor Autónomo (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do País).

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 Regiões Sanitárias (RS), incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). Mais recentemente, a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a de Oio dividida em duas (Oio e Farim), Farim substituindo assim São Domingos como a 11ª RS. As 11 RS foram, desde sempre, divididas em 114 Áreas Sanitárias (AS), (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes (PNDS III G.B. 2017).

3.1.2 Serviço Nacional de Saúde: organização, infraestruturas e equipamentos.

O Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau é subdividido em três níveis: local, regional e central, que correspondem a prestações de serviços de nível primário, secundário e terciário.

No nível primário (Nível Local), os serviços que são de primeiro contato para a prestação de cuidados primários de saúde (CPS) incluem: três tipos de Centros de Saúde (CS) generalistas (tipos A, B e C), e quatro tipos de centros especializados, mas de primeiro contato [Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra SIDA, Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa

Nacional de Luta Contra a Tuberculose, os centros de reabilitação nutricional (CRN), os centros materno-infantis (CMI) e o CS mental] (PNDS III G.B. 2017).

A Denominação dos centros de saúde dos tipos A, B e C distingue-se quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Os CS do tipo A estão caracterizados por prestação de serviços de todas as complexidades, desde a triagem até as cirurgias. Os do tipo B, que conta com profissional médica no seu quadro de funcionários e o tipo C que não possui médicos nas unidades, os serviços são prestados pelos enfermeiros. Até 2017, existiam 153 CS, dos quais 5 do tipo A, 15 do tipo B e 133 do tipo C. Os CS são responsáveis pela implementação do Pacote Mínima de Atividade (PMA).

Em 2016 a UNICEF avaliou 137 CS (A, B e C): 54% foram considerados em bom estado, somente 31% possuía uma vedação, 31% não tinham uma cadeia de frio operacional, 44% tinham abastecimento de água e 49% abastecimento de eletricidades operacionais (na sua grande maioria de painéis solares). Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por falta de estrutura física em condições aceitáveis e nenhum estava fechado por falta de pessoal (PNDS III G.B. 2017).

O raio de acessibilidade geográfica assumida por área sanitária é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas).

Essa visão global da disponibilidade das infraestruturas dos cuidados de saúde é muito diferenciada entre as RS e dentro das mesmas regiões. Por exemplo, na Região de Oio, cerca de 70% da população vive a mais de 5 km ES mais próxima. Existe AS com localidades populacionais a mais de 30 km da ES mais próxima (por exemplo: CS Lugajol a 42 km da última tabanca e com zonas montanhosas).

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS

em percursos pré-determinados para prestar um pacote mínimo de atividades (PMA) a populações que vivem entre 5 km (1 hora de caminho) a 20 km do CS da respetiva AS;

- As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar um PMA a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas. Pouca atenção tem sido dada à implementação de equipas móvel.

Quanto a centros de saúde especializados, foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do Programa Nacional de Luta Contra SIDA (PNLS). Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito durante o Tratamento Antirretroviral (TARV). Os Centros de Reabilitação Nutricional (CRN) e Centros Materno-Infantil (CMI) são na sua maioria apoiados pela Cáritas (Missão Católica). Por último temos o CS mental “Oswaldo M Vieira”, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil de 1998, reconstruída de raiz e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional (PNDS III G.B. 2017).

3.1.3 Nível secundário dos cuidados de saúde nas RS

Em nível das capitais das 11 RS, encontram-se as Direções Regionais de Saúde (DRS) e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). O nível regional é responsável pela análise da situação regional, pelos microplanos com a previsão de recursos (humanos, materiais e financeiros), programação anual e avaliação/ seguimento.

Existem 5 hospitais regionais (HR) - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível (Tipo A) e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

3.1.4 Serviços de nível terciário ou nacional

Ao nível central, estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), com Ministro de Saúde, Secretário de Estado de Saúde, Secretário-geral, três Direções Gerais: Direções de Serviços/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora “Dr. Ernesto Moreira”. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Ao nível central, temos também serviços que normalmente deveriam ser de referência e de nível terciário. No entanto, devido à forma como funciona, optámos por classificar o Centro de Saúde Mental como um CS especializado, prestando CPS.

O Hospital Nacional Simão Mendes possui 24 Serviços, dispersos por diversos edifícios (na sua maior parte em deficiente estado de conservação e funcionamento – alguns já sem condições para poderem funcionar com os requisitos mínimos de higiene e salubridade), cujas localizações no “Campus” Hospitalar não privilegiam as necessárias relações funcionais interserviços.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre as ES, pelo que, na prática, nenhum dos serviços funciona com base na referenciação de outras ES ou de outros níveis de cuidados. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório; esta realidade é agravada pela falta de ES de nível secundário e de CS em Bissau. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também à falta de RH especializados, de equipamentos necessários ou, ainda, à presença de equipamento por instalar ou sem pessoal competente para manuseá-lo.

Esta precariedade está associada à irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, etc., à falta de manutenção dos equipamentos, os atrasos no desembolso de fundos de manejo por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa

produtividade e à erosão das competências técnicas.

3.1.5 Outros setores públicos

O Setor Militar tem os seus próprios serviços de saúde. É dirigido por uma Divisão Militar Junto do Estado Maior. Esta Divisão coordena serviços prestados por um Hospital Militar Principal Sinoguineense (em Bissau), um Hospital da Base Aérea que funciona apenas durante o dia, (também em Bissau) e Posto de Batalhão em cada batalhão por todo o País. Fora de Bissau os serviços são prestados por enfermeiros. Embora os beneficiários destes serviços sejam os militares e os seus familiares, cerca de 98% dos usuários do Hospital Militar Principal Sinoguineense são civis vindos de todo o território nacional. O Ministério do Interior tem um consultório médico no ministério e o da Justiça está a negociar a colocação de postos de saúde dirigidos por enfermeiros em cada uma das 4 prisões do País.

3.1.6 Setor convencionado

No setor convencionado existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o MINSAP e outras entidades. A maioria dos profissionais que exercem nessas estruturas são funcionários do MINSAP.

Os modelos convencionados envolvem a Igreja Católica (Cáritas), algumas ONGs como AHEAD e a ONG francesa Entraide Médicale Internationale - EMI e a Igreja Evangélica, nomeadamente a Casa Emanuel.

3.1.7 ES convencionadas com a Igreja Católica

As ES convencionadas com a Igreja Católica, todas propriedades desta e com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, envolvem:

- Unidades de Cuidados Hospitalares: Hospital de Cumura

(referência nacional no combate à lepra), Centro Católico de Saúde Materno-Infantil de Quinhamel, Hospital Pediátrico "São José" de Bôr (Centro Confessional Especializado), Centro Médico – Diagnóstico "Dom. Settimio Arturo Ferrazzetta" (pela complexidade de intervenção o domínio de Avaliação e Exames Complementares de Diagnóstico clínico-laboratorial a nível nacional, é-lhe atribuído estatuto provisório de Centro Confessional Médico de Diagnóstico Especializado).

- Unidades de Cuidados Ambulatórios: CS Materno-Infantil de Bandim, Bedanda, Brá, Bula; Cacheu, Caió-Tubebe, Cristo-Redentor, Cuntum-Madina, Ingoré, Suzana, incluindo ainda os Centros de Recuperação Nutricional de Bafatá, Bambadinca, Bigene, Bissorã, Blom, Bubaque, Empada, Farim, Mansoa, Canchungo, Safim, Nhoma e recentemente Catió e Buba.

- Unidades de Produção de Medicamentos de Medicina Tradicional: Farmácia de Bairro da Ajuda, Farmácia de Bedanda, Farmácia de Bôr, Farmácia de Bubaque, Farmácia de Catió, Farmácia de Farim, Farmácia de Gabú, Farmácia de Mansoa.

Existem ainda as Casas de Mães instaladas em várias RS com o apoio da Cáritas. Está previsto que todas as futuras ES a serem criadas pela Igreja Católica, farão parte do atual protocolo. Ainda na vigência de presente protocolo, o MINSAP autoriza as dioceses, através da Cáritas Guiné-Bissau a desenvolver atividades de saúde ao nível das seguintes ES pertencentes ao MINSAP: CS da Região de Oio, CRN de Gabú e CS em Tite (Quinara).

3.1.8 Convenção com a EMI

A convenção com a EMI data de 2009. Funcionou inicialmente no Hospital de Mansoa. Este modelo de parceria permitia que a EMI contribuísse diretamente ou através de outro parceiro para a construção de infraestruturas, para a formação de pessoal técnico, bem como para o fornecimento de equipamentos, materiais e medicamentos. Neste caso, em particular, o funcionamento do Hospital de Mansoa era suportado pela receita gerada pelo próprio na sua atividade de prestação de

cuidados de uma forma rigorosamente auditada; o modelo está agora também a ser aplicado nos hospitais e nos CS do País. As ES mantêm-se propriedade do Estado.

Realça-se, desde 2014, a intervenção da EMI no HNSM. Considerando a necessidade de sanar os vícios no Despacho nº25/GMSP de 2014, com base nos problemas existentes nesta altura no HNSM, foi introduzida uma adenda através do Despacho nº 100/GMSP de 23/12/2016, para reforçar a gestão hospitalar no domínio das receitas e despesas. Para tal, a EMI colocou junto da direção do HNSM 3 técnicos para a assessorar em: 1. gestão hospitalar; 2. linhas funcionais, gestão administrativa, gestão financeira e RH e serviço social; 3. Auditoria dos programas e controle das receitas (PNDS III G.B. 2017).

3.1.9 Setores privados

O serviço público de saúde (convencionado ou não) é complementado por um setor privado lucrativo. Este emergiu quando o Governo emitiu através de um despacho do Primeiro-Ministro em 1990, uma autorização que permitiu a abertura de consultórios médicos individuais e coletivos, gabinetes de odontologia e postos de enfermagem privados, sujeitos ao controlo do MINSAP.

Em 2007, foram identificadas, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do setor privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento; algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas) e 14 consultórios médicos (unidades que prestam cuidados em ambulatório). Há também estruturas privadas nas RS, principalmente nas sedes regionais com HR. Existem também imensos postos médicos ou de enfermagem dirigidos por enfermeiros ou parteiras, estando alguns legalmente autorizados a fazer circuncisões, pensos e outros tratamentos.

Foi igualmente recenseado um total de 138 farmácias e postos de venda de medicamentos em todo o País. Em novembro e dezembro de 2014 equipas da IGAS acompanhados de representantes da ANAPROFARMA, efetuaram uma inspeção sistemática das 78

farmácias e 33 postos de venda de medicamentos de Bissau. Só 4 farmácias e 1 estabelecimentos de venda de medicamentos foram considerados aptos para continuar as suas atividades, embora a grande maioria (107) precisasse de fazer melhorias, mantendo-se 37 abertos condicionalmente e 70 foram encerrados.

3.1.10 Cuidados médicos transfronteiriços

Quando o sistema de saúde local não responde às necessidades, procuram-se apoios nos Países vizinhos, em particular no Senegal e Níger, para onde os pacientes se deslocam por conta própria, ou por evacuação através de Junta Médica ao abrigo de um acordo com Portugal (para onde são evacuados a maioria dos doentes que procuram assistência no estrangeiro através da Junta). Em 2016, 1569 guineenses procuraram evacuação para Portugal através do MINSAP; destes 1025 pedidos de evacuação foram encaminhados à Embaixada de Portugal em Bissau; dos quais 425 conseguiram o visto para tratamento, 76% na faixa etária de 15-49 anos.

Existem também acordos que permitem a evacuação para Marrocos (desde 2016) ou, há mais tempo, para Cuba. Através da Igreja Católica também se evacuam doentes para Itália e, com o apoio de ONG, para Espanha.

3.1.11 Setor da medicina tradicional

Com a precariedade dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, verifica-se uma procura significativa de cuidados no setor tradicional. Existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste setor em nível do MINSAP, inserida no Departamento de Saúde Comunitária tendo sido aprovados uma Política de Medicina Tradicional da Guiné Bissau 2010 e um Plano Estratégico para a Medicina Tradicional 2010-2015 que carecem de implementação.

3.1.12 Saúde da população: um olhar epidemiológico

Em Guiné-Bissau não existem dados ou indicadores específicos que permitem a descrição geral da morbimortalidade da população. Não há obrigatoriedade de registro de óbitos no país, além do fato que a maior parte dos óbitos e doenças acontecerem fora da estrutura de saúde devido à fraca utilização do serviço pela população. Portanto, recorre-se ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III de 2018-2022 da Guiné-Bissau e alguns estudos parciais para descrever a situação de saúde.

Vê-se que, a situação de saúde da população ainda é precária e preocupante, com fraca cobertura e grande escassez de água potável e saneamento básico. Oito doenças representam mais de 70% das mortes: paludismo (Malária), infecção pelo HIV, enfermidades neonatais, infecções respiratórias, doenças diarreicas, deficiências nutricionais, traumatismos e doenças cardiovasculares aos quais afetam preferencialmente quatro grupos de populações alvos (PNDS, G.B. 2017).

Apesar dos esforços e empenho do governo e parceiros nacionais e internacionais para cumprir as metas mundiais dos OMS, infelizmente, os indicadores de saúde no país permanecem em níveis ainda muito preocupantes. A taxa de mortalidade materna, infantil e juvenil estão acima da média global (MENDES, 2020).

3.2 CONTEXTO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A Segurança do Paciente consiste em um conjunto de ações voltadas para a prevenção de erros e eventos adversos na assistência à saúde. Assim, implementar uma cultura de segurança demanda a construção de valores, atitudes e normas que norteiam a organização de saúde. (VIANA, et al., 2023).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) define a segurança do paciente como a diminuição do risco de dano desnecessário

ao paciente em relação ao cuidado de saúde, tem como objetivo “prevenir e reduzir a ocorrência de eventos adversos, tais como: quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos” (BRASIL, 2013).

De acordo com o Barbosa e seus colaboradores (2021), a expressão “segurança do paciente”, tem sido bastante utilizada dentro da área da saúde atualmente, tornando-se uma das áreas temáticas mais prioritárias e inovadoras nas últimas décadas. Podendo ser definida como o ato ou ações que possibilitem evitar, prevenir e melhorar as possíveis complicações e eventos adversos (EA) na vida dos pacientes, que podem acontecer principalmente pelos profissionais de enfermagem, na tentativa de prestar uma assistência de qualidade.

Durante a sua participação na Guerra da Criméia entre 1854 e 1857, no século XIX, a Florence Nightingale utilizando conceitos epidemiológicos e de saúde pública para revolucionar e melhorar os cuidados prestados aos soldados britânicos no hospital de guerra de Scutari, na então Turquia Otomana, tornando-se assim a precursora da busca pela qualidade da segurança e do cuidado aos pacientes. (ZAMBON, 2014).

Apesar da segurança do paciente ser reconhecida como uma dimensão da qualidade da assistência em saúde desde os anos 1980 foi somente a partir dos anos 2000, com a publicação do relatório “Errar é Humano”, que esse tema passou a integrar os debates prioritários da saúde mundial, assumido e impulsionado por ações da Organização Mundial da Saúde (OMS). (ARGENTA, et al., 2020).

Em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, que consiste em recomendar a assepsia adequada às equipes de saúde e, ainda, as cinco ocasiões primordiais em que os profissionais da saúde devem realizá-la, são elas: “antes do contato com o paciente”, “antes da realização de procedimentos”, “após o risco de exposição a secreções e fluidos corporais”, “após contato com o paciente” e; “após o contato com áreas próximas ao paciente” (RAIMONDI, et al., 2017).

Importante destacar a Parceria Africana para a Segurança do Paciente (APPS), iniciada em 2008 pela OMS, com objetivo de criar parcerias sustentáveis na área da segurança do paciente entre hospitais na região africana da OMS e hospitais noutras regiões, e elegeu 12 áreas de ação (SARTOR, et al., 2016).

Em 2006, JCI (Joint Commission International) em parceria com a OMS, estabeleceram as seis metas internacionais da segurança do paciente (MISP), são elas: Identificação correta dos pacientes, melhorar a comunicação entre as equipes e os profissionais de saúde, melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente correto, higienização das mãos para prevenção de infecções e redução do risco de lesões por pressão e quedas (ANVISA, 2013).

Para o Palosque Gr et al. (2021). Para o amplo desenvolvimento da segurança do paciente nos serviços de saúde deve se promover a cultura de segurança do paciente, entendida como conjuntos de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e a segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Os erros na administração de medicamentos podem provocar danos de diversas magnitudes, podendo ocasionar risco à vida, sendo responsável por pelo menos uma morte diariamente e atingem cerca de 1,3 milhões de pessoas por ano nos Estados Unidos (EUA). Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a meta de redução em 50% dos eventos que condicionam aos erros de medicação, que além de levar ao óbito também tem aumentado consideravelmente os orçamentos de saúde, estimado em cerca de US\$ 42 bilhões anuais, nos EUA (WHO, 2017).

Um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada entre os meses de novembro de 2020 e janeiro de 2021 com objetivo de apontar os principais erros e eventos adversos que acometem a segurança do paciente em uma Unidade Terapia Intensiva (UTI) apontou que os

principais erros e falhas que acometem os pacientes dentro de uma UTI estão relacionados principalmente em três categorias: assistência de enfermagem, aumento do tempo de permanência na UTI e a carga horária de trabalho excessiva. Em relação aos principais eventos adversos (EA), os de maior prevalência foram: lesões por pressão, quedas e danos de cateteres vasculares (BARBOSA, et al., 2021).

Para Mendes e seus colaboradores (2020), o Centro Cirúrgico (CC) é o local onde acontece maior parte dos eventos adversos à saúde dos pacientes. A causa é multifatorial a começar pela complexidade dos procedimentos cirúrgicos, interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão, pois, apesar das intervenções cirúrgicas integrarem a assistência à saúde, contribui para a prevenção de agravos. A relevância dos cuidados como a checagem dos dados, informações clínicas do paciente, órgão e ou membro a ser operado, a disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos a ser utilizado, verificar reserva de hemocomponentes, assim como reserva de UTI quando solicitado pelo médico cirurgião ou anestesiológista, consentimento do procedimento a ser realizado, podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento.

De acordo com um estudo realizado nos países da África e de Oriente Médio, que contou com apoio da OMS, a incidência de eventos adversos entre os países estudados variou de 2,5% a 18,4%, com uma incidência geral de 8,2%. A evitabilidade dos eventos foi maior que em outros estudos na Europa, Oceania, EUA e Canadá, atingindo 83% de taxa de eventos evitáveis. Erros de tratamento e de diagnóstico foram as causas mais comuns, contando com 34,2% e 19,1% do total de eventos, respectivamente. Os eventos adversos relacionados à cirurgia representaram apenas 18,4% do total de eventos. Quanto à gravidade, 30% dos eventos adversos relacionavam-se à morte do paciente, um número bem acima do encontrado em estudos precedente. No restante, eventos adversos que causaram danos reversíveis em até 1 mês corresponderam a 32% do total, 16% foram eventos com dano temporário por até 12 meses e 14% foram eventos com dano permanente (ZAMBON, 2014).

Estudo realizado com objetivo de identificar as atribuições do farmacêutico na promoção da segurança do paciente constatou que é necessário um farmacêutico para o acompanhamento dos usuários hospitalizados, por isso o farmacêutico precisa pensar na sua relação profissional/paciente. Ainda ressaltou que ações simples de serem implantadas, como intervenção farmacêutica a partir da análise de prescrições, podem identificar problemas relacionados a medicamentos, prevenir eventos adversos, reduzir perdas financeiras e agregar imensurável valor na segurança do paciente. (SILVA, et al., 2021).

Com objetivo de compreender a percepção da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre a segurança do paciente, o estudo identificou que apesar da equipe de enfermagem atuante na APS desconhecer formalmente o PNSP, a segurança do paciente foi percebida como essencial à assistência ao usuário. Entretanto, é importante que o profissional de enfermagem compreenda que cabe a ele a responsabilidade de aprimorar o conhecimento, as competências e as habilidades para realizar uma assistência baseada em evidência, de acordo com o contexto no qual se encontra inserida (SILVA, 2021).

Um estudo realizado com objetivo de avaliar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário sobre lesão por pressão, ao levar em consideração as médias de acertos globais das 41 questões, viram que os técnicos em enfermagem obtiveram média de (83,5%) e os enfermeiros obtiveram média de (89,9%) de acertos, evidenciando assim uma fragilidade no conhecimento destes profissionais sobre a lesão por pressão. O mesmo estudo ainda fez uma comparação com outro estudo realizado na Turquia, no qual foi utilizado mesmo instrumento de teste de conhecimento, onde apenas 8 participantes (2,6%) pontuaram acima de 80% e nenhum dos itens foi respondido corretamente por todos os profissionais (SOKEM, et al., 2021).

Tendo a boa Comunicação como uma das metas de segurança do paciente, foi visto que a passagem de plantão realizada atualmente em um determinado hospital tem caráter empírico, caracterizado pela ausência de uma ferramenta que possibilite a execução deste processo

com qualidade, fragilizando assim a segurança dos pacientes, mencionando como fatores que interferem neste contexto, como o local, as interrupções durante o processo e o excesso de comunicação durante a passagem de plantão (NASCIMENTO, et al., 2018).

Em estudo realizado com intuito de planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enfatizou que o plano de ação para elaboração e implementação de diretrizes de RH, o feedback e a avaliação de desempenho aparecem como formas de operacionalizar o plano de ação. Também trouxe os achados de outro estudo que corrobora com essa ideia, pois os profissionais entrevistados sugeriram a realização de reuniões multiprofissionais as quais permitam abertura para o diálogo, avaliações de desempenho e feedback contínuos, possibilitando assim a discussão de problemas do dia a dia, propondo soluções e promovendo uma comunicação mais efetiva (SIQUEIRA, et al., 2021).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do Estudo

A presente pesquisa tem cunho exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Para Gil (2016, p. 27), as pesquisas exploratórias têm como finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores”.

A pesquisa descritiva tem por objetivo registrar e descrever os fatos, bem como as características de certa população ou fenômeno. O pesquisador deve observar registrar, analisar e ordenar os dados, sem que haja certa manipulação, permitindo a nova visão do problema em questão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa qualitativa busca identificar os aspectos não quantificáveis da realidade, tentando compreender o porquê das coisas, realçando as explicações dinâmicas e procurando uma compreensão do objeto estudado (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

De acordo com Marconi e Lakatos (2011, p.270), a pesquisa qualitativa se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e, por outro lado, fornece uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

Segundo Polit e Beck (2011, p.103), a pesquisa qualitativa envolve a compreensão da experiência humana como ela é vivida, por meio da coleta e análise de materiais narrativos, subjetivos, usando procedimentos flexíveis.

4.2 Cenários do Estudo

O Hospital Nacional Simão Mendes fica localizado na capital guineense, Bissau, é um dos hospitais de referência e o maior centro hospitalar do país. Atualmente a maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes conta com 36 Médicos, na sua maioria clínico geral, 48

profissionais de enfermagem, sendo enfermeiros (as) e parteiras, possui 90 leitos, um bloco cirúrgico, uma sala de pré-parto com sete leitos, sala de parto com três camas obstétricas, pós-parto com nove leitos, sala de observação com nove leitos, e os demais leitos distribuídos em diferentes alas da maternidade, para diferentes fins.



Fonte: Imagens da pesquisa – Maternidade do HNSM

4.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por 13 profissionais de Enfermagem que trabalham na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, sendo sete enfermeiras e seis parteiras, incluindo a enfermeira chefe da Maternidade.

Todos os profissionais de enfermagem que trabalham na referida maternidade poderiam participar da pesquisa, desde que obedecessem ao critério de inclusão. Sendo posteriormente convidados a participarem da pesquisa.

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- 1) Ser profissional de enfermagem atuante na referida maternidade por um período mínimo de seis meses.

Foram excluídos todos os profissionais que no período da coleta de dados não estavam presentes na unidade ou encontravam-se afastados temporariamente de suas funções, por férias, licença médica, licença sem vencimento ou outros motivos legais, assim como, aqueles que não mostraram interesse em participar da pesquisa ou não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Ressalta-se que o primeiro entrevistado não permitiu a gravação de suas respostas, sendo assim excluído da pesquisa. Isso se deve ao fato de que o país atravessa um momento de muita instabilidade e insegurança para população que vem sendo privada de sua liberdade de expressão, principalmente quando se trata do atual governo. Por medo, algumas pessoas não quiseram participar da pesquisa pelo simples fato de que a entrevista seria gravada, limitando assim o número da amostra do estudo.

4.4 Coleta de dados

Para alcançar o objetivo preconizado nesse estudo, os dados foram coletados mediante aplicação de uma entrevista semiestruturada.

O roteiro orientador das entrevistas contemplou a gestão da segurança do paciente e a produção de cuidado em saúde considerando a percepção dos trabalhadores da maternidade. O roteiro foi elaborado pela autora da pesquisa e revisado por três pesquisadores, de forma verificar a pertinência e coerência das questões disparadoras.

Assim constitui-se o roteiro dividido em duas partes: a primeira com questões referentes ao perfil socioeconômico e profissional dos participantes, e a segunda com perguntas norteadoras que buscaram analisar a percepção destes profissionais sobre a gestão de Segurança do Paciente, destinada a responder o objetivo do estudo (APÊNDICE C).

De acordo com Amado e Ferreira (2013), a entrevista é um dos mais importantes instrumentos de compreensão dos seres humanos nas pesquisas científicas nas mais diversas áreas. Segundo eles, trata-se de um meio de transferência de informações, com interferências intencionais, abastados de nuances subjetivos e preciosos. Atualmente, são inúmeros os tipos, as formas e os fins a que se destinam as

entrevistas.

A utilização da entrevista na modalidade semiestruturada permite que o entrevistador possa se desviar da sequência das perguntas, e não fiquem necessariamente presos à formulação inicial exata das perguntas que foram formuladas com o intuito de desenvolver um guia da entrevista como uma forma de orientação para os entrevistadores. Em contraste com os questionários, o entrevistador não vai apresentar uma lista de possíveis respostas, pois o objetivo é obter as visões individuais dos entrevistados sobre o tema, permitindo que os mesmos respondam da forma mais livre e extensiva que desejarem (FLICK, 2013).

As entrevistas foram feitas por uma pesquisadora de Guiné-Bissau com formação em enfermagem e com experiência prévia no trabalho em saúde em Maternidades. A coleta dos dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2022, mediante a realização das entrevistas, de forma individual pelo pesquisador, mediante convite para quem estava de plantão na maternidade no momento da coleta.

Os procedimentos para entrevistas seguiram as seguintes etapas:

- 1) Estabelecimento de contato com os profissionais da maternidade durante a ocorrência de troca de plantão;
- 2) Apresentação sobre a pesquisa, objetivo do estudo e critérios de inclusão;
- 3) Verificação do interesse e disponibilidade para participar.

As entrevistas ocorreram nas instalações da maternidade, de forma individual, inicialmente, a pesquisa seria realizada somente com os enfermeiros da maternidade, porém, a maternidade possui mais parteiras do que enfermeiros, este baixo número dos enfermeiros poderia prejudicar a amostra, motivo pelo qual foram incluídas as parteiras na pesquisa, permitindo assim, uma amostra significativa e confiável.

Algumas tentativas de contato não tiveram sucesso, pois alguns dos profissionais não permitiram que a entrevista fosse gravada, por motivo já relatado, outros não conseguiram participar porque o plantão estava corrido e não deu tempo de parar para participar da entrevista.

As entrevistas só foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante do Apêndice A e

B, pelo sujeito do estudo, autorizando sua participação voluntária e divulgação do material coletado.

Durante as entrevistas utilizou-se do auxílio de um gravador, após autorização do entrevistado. Ressalto que não foi realizada gravação de imagens ou vídeos dos participantes. As entrevistas tiveram duração de 20 a 45 minutos e foram transcritas posteriormente na íntegra.

A entrevista foi conduzida na língua popular Guineense que é Crioulo. Esta é a língua mais falada no país a qual as pessoas se sentem mais a vontade para falar, uma vez que a maioria da população guineense não fala bem o português. Isso inclui as pessoas formadas e com isso sentiriam vergonha de falar português durante a entrevista. Foi feita a versão do crioulo para a língua portuguesa falado no Brasil pela autora da pesquisa.

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos no estudo foram analisados por meio da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2016), que consiste em um aprofundamento minucioso com a utilização de vários métodos abordados, no que diz respeito à análise de discursos e outros modelos de evidências científicas.

Para Bardin (2016) a análise de conteúdo busca encontrar o que está oculto nas palavras, nas “entrelinhas”, busca compreender diferentes realidades por meio das mensagens. Assim, com a semântica, seu material central, a análise de conteúdo estuda o sentido das palavras e seus significados.

Os dados coletados foram transcritos e cada participante recebeu um código de identificação com número de acordo com a ordem dos discursos para manter o sigilo das informações. Participaram da pesquisa os (as) enfermeiros (as) e as parteiras, portanto serão identificados como: ENF para enfermeiro e PART para parteiras.

Depois de realizada transcrição e identificação dos participantes, as informações foram analisadas pelo método da Análise de Conteúdo proposto por Laurence Bardin (2011) que consiste em um conjunto de

instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversificados, sendo a discussão dos resultados agrupados em categorias temáticas e embasados na literatura pertinente à investigação.

Para Bardin (2011) a análise de conteúdo busca encontrar o que está oculto nas palavras, nas “entrelinhas”, busca compreender diferentes realidades por meio das mensagens. Assim, com a semântica, seu material central, a análise de conteúdo estuda o sentido das palavras e seus significados.

A Análise do Conteúdo foi realizada através de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos.

1ª etapa: A pré-análise compreendeu inicialmente o contato com dados, na qual foi realizada a leitura flutuante, no intuito de “impregnar-se” ao seu conteúdo. Depois foram extraídas as categorias de acordo com a leitura de cada registro feito pelos informantes;

2ª etapa: Consiste na exploração do material, transformando os dados brutos e agregando em indicadores e categorias. Nessa etapa são construídas as categorias que simbolizarão os textos das entrevistas e desenvolvidos os recortes baseados em regras textuais que permitem identificar as representações e atributos dos dados;

3ª etapa: A terceira etapa compreende o tratamento dos resultados, colocando em evidência as informações obtidas e realizando as interpretações previstas, de acordo com a literatura pertinente da temática abordada, consistindo no produto do estudo.

As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e cada participante foi identificado usando a sigla PART para parteiras e ENF para as enfermeiras e por um número de acordo com a ordem dos discursos para assegurar o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais. Seguiu-se a Resolução de Declaração de Helsinque.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido para avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Saúde na Guiné-Bissau, obedecendo a Resolução

nº 292/1999 que é uma regulamentação complementar da resolução CNS nº196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, atribuição da CONEP conforme item, VIII. 4.d da mesma resolução, no que diz respeito à área temática especial “pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvem remessa de material biológico para exterior “(item VIII. 4.c.8) (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado sob CAAE: Nº 049/CNES/INASA/2022 (Comitê Nacional de Ética em Pesquisas na Saúde de Guiné-Bissau).

Inicialmente foi encaminhada uma carta de pedido de autorização para direção do Hospital em que foi realizada a pesquisa, solicitando a permissão para a execução da investigação, esclarecendo os objetivos e riscos que o estudo envolve, além de salientar os benefícios e a relevância da pesquisa.

Após aprovado, a pesquisa foi desenvolvida e todas as normas éticas foram obedecidas. Antes de serem entrevistados os sujeitos foram esclarecidos sobre a finalidade da pesquisa, bem como, sobre os benefícios e riscos que poderão advir de sua participação. Os participantes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia. Foi assegurado a garantia do sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação científica dos resultados, como também, que fica assegurado o direito de se retirar do estudo em qualquer fase sem sofrer nenhum tipo de constrangimento pessoal, e que caso queiram, poderão ter acesso aos resultados do estudo (BRASIL, 2012c).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes de trazer os resultados obtidos e iniciar uma discussão baseada nas entrevistas, iniciaremos analisando o perfil das entrevistadas por acreditar que estas informações podem explicitar muitas falas apresentadas durante as entrevistas. Ressaltamos que utilizaremos ao longo do texto o gênero feminino, tendo em vista que apenas mulheres participaram deste estudo.

5.1 Perfil Sociodemográfico das Participantes do Estudo

Nesta seção, são apresentados e discutidos resultados referentes à característica sociodemográfico das participantes da pesquisa.

Tabela 1: Característica sociodemográfico das participantes do estudo.

Características	ENF	PART
Gênero		
Masculino	00	00
Feminino	07	06
Faixa etária		
35 – 45	04	01
46 – 55	02	03
56 – 60	01	02
Nível de formação		
Médio	05	06
Técnico	01	00
Superior	01	00
Tempo de formação (Anos)		
01 – 15	05	01
16 – 25	00	02
26 – 36	02	03
Tempo de trabalho na maternidade de S.M. (Anos)		
01 – 15	06	03
16 – 25	00	00
26 – 36	01	03
Salário		
95.000 – 110.000 xof	03	05
111.000 – 150.000 xof	04	01

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Legenda: Câmbio de franco cfa (xof), atual moeda de Guiné-Bissau

para real Brasileiro. 1 R\$ equivale à 125,44 xof, ou seja, um Enfermeiro (a) ou parteira que ganha entre 95 – 110,000 xof, está ganhando o equivalente a 759,44 – 870, 72 R\$, quem está ganhando entre 111 – 150,000 xof, está a ganhar o equivalente a 887,58 – 1.199,57 R\$.

Obs. Os valores do câmbio variam de acordo com a oscilação do mercado financeiro, motivo pelo qual os valores fornecidos hoje podem não ser iguais daqui a um tempo.

Tal como mostra a Tabela 1, 100% da amostra (n=13) foi composta por mulheres (enfermeiras (n=7) e parteiras (n=6)).

Segundo o relatório do Projeto Borgen, “Educação de Meninas na Guiné: Rompendo Barreiras” (2018), a educação das meninas na Guiné-Bissau é um profundo senso de tradição e cultura, onde as mulheres costumam ser vistas apenas como as mães e donas de casa. A cultura acaba se sobrepondo ao desempenho educacional, sobretudo nas regiões rurais. É uma crença comum que os pais acreditam que se uma menina for educada formalmente, ela sairá de casa e perderá a moral, dificultando o casamento e a reprodução.

Porém, é notório a feminização da mão de obra dos profissionais da maternidade do HNSM, este fato se repete em todo o país e isso se deve ao fato de que para o senso comum Guineense o curso de Enfermagem e curso para Parteiras são cursos específico para mulheres. Mas quando se olha para a formação Médica, este cenário tende a mudar para mão de obra masculina.

Para Ferreira, Isaac e Ximenes (2018), esse papel de assistência atribuído à mulher é fruto de uma construção histórica, social e cultural em que desde criança as meninas são ensinadas a realizar tarefas de cuidado, criando sobre elas a expectativa de que exerçam o papel de cuidadora quando necessário ao longo de suas vidas.

Ao analisar a faixa etária das profissionais entrevistadas, o estudo mostrou que a idade gira em torno dos 38 a 60 anos. A categoria de enfermagem apresentou prevalência dos profissionais mais jovens dentro da amostra (n=4) na faixa etária de 35 a 45 anos, enquanto que a

categoria das parteiras apresenta (n=1) nessa faixa de idade; já na faixa etária de 46 a 55, parteira apresentou a prevalência de (n=3) e a enfermagem (n=2), e na faixa de 56 a 60 anos, parteira apresentou novamente a prevalência (n=3) e a enfermagem (n=1). Com isso nota-se que a mão de obra da maternidade além de ser majoritariamente feminina, também é composta por uma população mais velha e de modo geral a diferença de idade entre as duas classes é quase nula.

Com relação em nível de formação, o estudo mostrou que a maioria dos participantes tinham formação do nível médio (n=11), nível técnico (n=1) e nível superior (n=1). Algumas das participantes estão cursando nível superior (n=4) atualmente, sendo todas da enfermagem, com intuito de passar a ter uma remuneração maior, maior reconhecimento e conquista de cargos de mais prestígio e relevância social. E o restante (n=9) preferiu estar na sua zona de conforto, aguardando a reforma, alegando não ter mais idade e cabeça para estudos.

Quanto ao tempo de formação dos participantes, o estudo apresentou uma variação média de profissionais recém-formados a 1 ano de formação à profissionais que se formaram a 36 anos. Houve uma prevalência dos profissionais que estão formados entre 1 a 15 anos, sendo a enfermagem com maior número (n=5), parteira (n=1), com 16 a 25 anos de formação, houve prevalência de parteira (n=2) e enfermagem (n=0), e com 26 a 36 anos de formação, também houve a prevalência de parteira (n=3) e enfermagem (n=2). Com isso pode-se constatar que nos últimos anos a procura pelo curso de enfermagem é maior que de parteira.

No que concerne ao tempo de trabalho na maternidade no HNSM, revelou-se que este tempo varia de 1 a 36 anos, de 1 a 15 anos, destaca-se a enfermagem (n=6) e parteira (n=1), entre 16 a 25 anos de trabalho na maternidade, prevaleceu parteira (n=2), enfermagem (n=0), e entre 26 a 36 anos de trabalho, também prevalece parteira (n=3) e enfermagem (n=2). As parteiras possuem mais tempo de trabalho na maternidade porque por se tratar de maternidade, a alocação dos enfermeiros (as) é rotativa e das parteiras é fixa.

A literatura mostra que houve correlação estatisticamente significativa entre jornada de trabalho em hospitais e respostas positivas, sendo que cinco anos de jornada de trabalho corresponde aos maiores percentuais de cultura positiva de segurança do paciente, e em estudo realizado na capital Riad, na Arábia Saudita, a experiência de longo prazo foi associada a percepções progressivamente mais baixas de segurança do paciente, ou seja, menos respostas positivas quanto mais tempo você estava na enfermagem. Isso pode ser explicado pelo fato de que profissionais experientes são mais propensos a detectar riscos e estão mais dispostos a revelar suas opiniões honestas porque se sentem mais seguros (ABREU, et al., 2019).

Em relação ao salário, o estudo evidenciou que a média salarial é entre 95,000 a 150,000 xof, na média de 95 a 110,000 xof, destaca-se a parteira (n=5) e enfermagem (n=3) e na média salarial de 111 a 150,000 xof, a enfermagem prevalece (n=4) e parteira (n=1). Essa diferença de salário não se justifica pela diferença na formação profissional, uma vez que até profissionais de mesma categoria profissional possui diferença de salário, e isto tem sido motivo de desânimo dos profissionais e gera consequências na qualidade na assistência. Essas diferenças acontecem por razões como laços familiares, amizades ou afetos com os superiores.

No estudo de Abreu et al. (2019). As respostas positivas à dimensão cultura de segurança apresentaram correlação estatisticamente significativa com a variável sociodemográfica idade, indicando que esta variável teve associação estatisticamente significativa, sendo que uma faixa etária mais jovem (20-30 anos) esteve mais associada a uma resposta positiva à cultura de segurança, enquanto um estudo realizado em uma clínica norueguesa, usando outra ferramenta que também mede a cultura de segurança, mostrou que os profissionais de saúde mais velhos tiveram pontuações mais altas do que os profissionais de saúde mais jovens, fato que pode ser explicado pelo grau de apego que enfermeiros experientes tinham com seus próprios locais de trabalho.

Indivíduos de uma mesma categoria profissional também podem ter diferentes percepções de cultura de SP, e o cargo dentro de uma organização pode influenciar nessa percepção. Os enfermeiros em cargos

de gestão avaliaram a cultura de SP de forma mais positiva do que os enfermeiros clínicos. Ao assumir a postura de líder da equipe, o enfermeiro deve estimular ainda mais o comprometimento com a segurança do paciente, o que pode gerar percepções mais positivas de uma cultura de segurança (ABREU, et al., 2019).

5.2 Conhecimentos sobre Segurança do Paciente e Eventos Adversos

Nesta categoria vamos explicitar como as entrevistadas compreendem o conceito de Segurança do Paciente (SP). Observamos que os discursos expressam um conceito a partir do cuidado básico das necessidades individuais (WANDA HORTA, 2011). Todavia, o conceito de SP é muito mais amplo, já que pressupõe o cuidado para evitar ao máximo a ocorrência de danos causados no cuidado.

ENF 3: É quando você tem uma parturiente que precisa de ajuda, você tem que ajudar, por exemplo, ajudar a levantar da cama, se precisar comer, beber ou tomar banho, pode ser um paciente acamado e precisa ser ajudado na mudança de decúbito.

ENF 5: Ao meu entender é quando chegar uma parturiente aqui temos que dar todo nosso apoio, dar a vida para esta pessoa, fazer tudo que estiver ao nosso alcance para ajudar a pessoa.

PART 2: Acredito que seja para ajudar a parturiente, desde a sua entrada, dar seguimento, dar assistência e cuidar durante todo o processo de parto até a sua alta.

O estudo constatou que das 13 profissionais entrevistadas ninguém conseguiu trazer um conceito mais aproximado do conceito adotado pela OMS sobre Segurança do Paciente, algumas tentaram conceituar a S.P. acreditando que seria apenas cuidar e ajudar o paciente.

PART 3: Não lembro de ter ouvido falar, mas acredito que seja dar segurança a parturiente, dar apoio do que precisa, de acordo com a sua necessidade.

PART 4: Para mim acho que é segurar a parturiente, dar a medicação, os

cuidados porque está no hospital, está na sua responsabilidade.

Para outras entrevistadas, a Segurança do Paciente seria dar a medicação e tratar das enfermidades das parturientes.

Uma boa gestão de Segurança do paciente com a implementação efetiva de cultura de Segurança são elementos primordiais para uma qualidade de assistência à saúde e para diminuição a um mínimo aceitável de ocorrência de eventos indesejados no cuidado. Para que se chegue neste resultado é necessário que os profissionais envolvidos na assistência, seja de forma direta ou indireta, afirmem seus compromissos perante a qualidade do serviço prestado como um todo, a começar pela qualificação continuada destes profissionais até a vigilância interna.

A cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento et al., com o gerenciamento de segurança da instituição (ABREU, 2019).

Um aspecto importante no estabelecimento das políticas e ações de segurança do paciente previstas na Política de Segurança do Paciente (PSP) é o estabelecimento e manutenção de uma cultura de segurança dentro da instituição. De acordo com a RDC nº 36/2013, a cultura de segurança é definida como "um conjunto de valores, atitudes, habilidades e comportamentos que determinam um compromisso com a gestão da saúde e segurança, substituindo culpa e punição por oportunidades de aprender com a falha e melhorar a segurança na saúde".

Para Sanchis et al (2020), as organizações com uma cultura de segurança fortalecida são caracterizadas por uma boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções compartilhadas sobre a importância e efetividade de ações preventivas.

Segundo a ANVISA (2014), avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde.

Esse tipo de avaliação tem várias finalidades como diagnosticar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, *benchmarking* interno e externo, evolução das intervenções de SP e acompanhar

evolução da CSP com o tempo, bem como a notificação de incidentes (ANDREADE, et al., 2018).

De acordo com a Portaria nº 529/20136, uma cultura de segurança é baseada em cinco características implementadas pela gestão de segurança organizacional: uma cultura em que todos os trabalhadores, incluindo profissionais e gestores envolvidos no cuidado, se preocupam com sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e gestão responsável pela segurança dos ocupantes, membros da família; uma cultura que prioriza a segurança sobre as metas financeiras e operacionais; uma cultura que incentiva e recompensa a identificação, relato e resolução de problemas relacionados à segurança; uma cultura que facilita o aprendizado organizacional a partir dos incidentes à medida que ocorrem; e fornecem recursos, estruturas para manter eficazmente a segurança e uma cultura de responsabilidade.

PART 5: Penso que a gente é que tem que ser segurança das parturientes, porque somos nós quem cuida delas, se tiver alguma dor ou alguma complicação é a gente que cuida delas.

ENF 6: Uma parturiente tem que estar segura no ambiente hospitalar, ser tratada bem e com carinho, para quando sair puder dizer que foi ao hospital e fui bem tratada.

Na tentativa, algumas não conseguiram conceituar a segurança do paciente, e ao tentar explicar o que seria a SP, acabaram associando o tema à segurança prestada pelos vigias do estabelecimento.

ENF 4. Não me lembro de ter estudado sobre segurança do paciente, mas ao meu entender é quando chegar uma parturiente aqui, tem que dar todo nosso apoio, dar a vida para esta pessoa, fazer tudo que estiver ao nosso alcance para ajudar a pessoa.

ENF 2: Já ouvi falar um pouco sim. No meu entender, segurança do paciente é a parte profissional que tem que cuidar dele, cuidar de suas queixas, tem que ficar por peto para saber quais problemas está enfrentando.

PART 6: Acredito que seja para ajudar a parturiente, desde a sua entrada, dar seguimento, dar assistência e cuidar durante todo o

processo de parto até a sua alta.

ENF 7: Acredito que seja a forma como cuidar de uma parturiente desde a sua entrada até a data da sua alta.

Algumas das entrevistadas não recordavam ter tratado o tema ou estudado sobre segurança do paciente, o que as levou a concluir com seu entendimento e percepção do assunto.

Mesmo que a assistência segura venha sendo um tema bastante discutido na área da saúde, de acordo com Abreu et al. (2019). Embora não tenham uma definição concreta ou não saibam ao certo o conceito, algumas profissionais tentaram definir com suas palavras, de acordo com o que acreditam.

No Brasil, alguns estudos feitos tiveram classificação regular. Mas estudos feitos em um Hospital da Palestina mostraram que a comparação entre seus resultados e estudos nos Estados Unidos, Arábia Saudita e Líbano, havia um grande grau de segurança do paciente e em países mais desenvolvidos, notou-se melhor condição de favorecer a segurança de forma adequada, enquanto em países subdesenvolvidos, há uma associação de condições satisfatórias (ABREU, et al., 2019).

Ainda neste mesmo capítulo vamos apresentar as falas das entrevistadas no que concerne ao conceito dos Eventos Adversos.

ENF 1: Ela não definiu os eventos adversos, só relatou um caso ocorrido.

ENF 4: Não sei dizer o que são.

ENF 5: Acho que não me lembro do que seria não.

PART 2: Não lembro.

PART 3: Não sei dizer o que são eventos adverso.

PART 6: Não lembro.

ENF 7: Não sei dizer o que significa

ENF 6: Os erros sempre acontecem, são inevitáveis, as vezes por descuido né.

Com essas falas pode-se perceber que as entrevistadas não conseguiram explicar o que seria os Eventos Adversos, quando questionadas sobre o conceito, muitas disseram que não se lembravam do que se tratava.

ENF 2: Tipo um efeito que não tinha e depois aparece no paciente? Ela perguntou! Ouvi falar, mas pouco.

ENF 3: Já ouvi falar sim, um exemplo de eventos adversos é quando você aplica um Nolotil, tem que explicar ao paciente os possíveis efeitos indesejados, porque vários remédios têm efeitos indesejados como, por exemplo, Ceftriaxona que causa vômitos, você tem que explicar ao paciente.

PART 1: Os erros sempre vão existir, quando se tem a dúvida deve procurar ajuda sempre, não pode se achar sábio sempre, não podemos ser sábios diante da ciência que se desenvolve o tempo todo, principalmente na área de saúde.

PART 4: Tem vários eventos, por exemplo, incontinência urinária após cirurgia, tem também caso de fistula vaginal, por falta de sondagem vesical na hora de transferência, é o que me vem na cabeça agora.

PART 5: São coisas que acontecem no dia a dia, sempre pode acontecer erros, mas hoje em dia os erros e eventos são pouco, antigamente faltava água para uma boa lavagem das mãos, mas hoje tem água, também é raro encontrar o caso de LPP hoje em dia, porque essas coisas são muito reforçadas atualmente.

Enquanto outras profissionais, ao buscar definir eventos adversos conseguiram chegar a uma ideia e associaram a eventos vivenciados na maternidade.

No Brasil, segurança do paciente é tema de desenvolvimento sistemático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Desde a sua criação, em consonância com a missão de vigilância sanitária, tem como um dos objetivos proteger a saúde das pessoas e intervir nos riscos decorrentes do uso de produtos e serviços a ele vinculados, por meio do monitoramento dos serviços de saúde. Desde 2004, a ANVISA incluiu em seu escopo de atuação as ações previstas na

Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde, da qual o Brasil é membro.

Desde então, a agência vem fortalecendo sua atuação no campo dos serviços de saúde em colaboração com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e outras entidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Ao mesmo tempo, em todo o mundo, iniciou-se um esforço conjunto nas organizações de saúde para a gestão de riscos e melhorias na qualidade da assistência e qualidade em busca da segurança do paciente.

Da mesma forma, as práticas de monitoramento quanto ao uso de sangue, desinfetantes, materiais, aparelhos, equipamentos e medicamentos estão integrados ao monitoramento e controle de eventos adversos, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em busca de assistência médica qualificada. As práticas assistenciais e de vigilância e monitoramento do paciente são aprimoradas para se tornarem parte integrante das discussões sobre ambiente, prática e uso de tecnologias em saúde que historicamente existiram no contexto da vigilância em saúde.

5.3 Ocorrências dos eventos adversos cometidos ou presenciados.

Nesta categoria reunimos os depoimentos que respondem a compreensão das participantes sobre os eventos adversos e alguns eventos cometidos ou presenciados por elas.

ENF 3: Aconteceu comigo mesma, aplique uma injeção intramuscular, causou muita dor na parturiente e depois formou um abscesso no local, tive que cuidar desse abscesso, passava compressa gelada no local. Uma vez aconteceu com uma colega, em que uma parturiente relatou febre, o médico passou novalgina, a parturiente continua com febre aí os familiares chamaram o enfermeiro e o enfermeiro por sua vez não olhou quando foi a última vez que o paciente tomou a medicação, foi lá e passou de novo, imediatamente o paciente apresentou sintomas, mas a situação foi contornada com a aplicação de Hidrocortizona e ficou tudo bem.

PART 1: Já presenciei várias vezes, uma situação que me lembro de muito bem foi quando uma paciente trouxe um medicamento comprado por ele para ser aplicado, a indicação foi de penicilina cristalizada, daí a colega diluiu o medicamento, e eu por fixar a característica de penicilina cristalizada diluída que fica com aspecto de óleo na água, enquanto que a procaína fica com aspecto leitoso, vi logo que alguma coisa estava errada, gritei-a no susto mesmo, a chamei para quarto dos enfermeiros e perguntei a ela, você olhou bem para este medicamento? Confirmou a prescrição? Ela me respondeu sim, que conferiu, e realmente, no frasco estava escrito penicilina cristalizada tal igual foi prescrita, porém o conteúdo que estava dentro do frasco era diferente, e não foi nem porque estava misturado com outros medicamentos, não foi erro nem do pessoal da farmácia, o erro veio da fábrica mesmo, e eu consegui evitar este erro simplesmente por conhecer as características desses medicamentos. Depois o médico chegou e confirmou que realmente era um erro de fabricação.

Embora não tenham chegado a uma definição do que seriam eventos adversos, quando questionadas sobre a ocorrência de efeitos adversos em sua prática profissional, a maioria conseguiu recordar de algo e associou ao seu entendimento acerca da temática.

Pode-se perceber durante a pesquisa que a Guiné-Bissau não dispõe do sistema de notificação dos Eventos Adversos, fato esse que leva a desconhecimento real dos dados da ocorrência dos Eventos Adversos e tão pouco dos Eventos Adversos mais frequentes, porém, a maiorias das entrevistadas relataram ter cometido ou presenciado erro de medicação, e com isso percebe-se que o evento adverso que mais acontece na referida maternidade é o erro das medicações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que dezenas de milhares de pessoas em todo o mundo sofrem de problemas de saúde todos os anos. De acordo com o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos (EUA), há entre 44.000 e 98.000 casos de disfunção em hospitais dos EUA a cada ano devido a erros relacionados à assistência médica. Um estudo realizado em 2013 com intuito de atualizar esses números sugeriram que cerca de 210.000 a 400.000 americanos morrem prematuramente a cada ano devido a danos evitáveis causados por atendimento hospitalar. Estudos recentes têm mostrado alta incidência de

eventos adversos no Brasil. A taxa nacional desses incidentes é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis.

A ANVISA lançou o "Plano Integral de Segurança do Paciente e Gestão da Saúde em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação da Prática de Segurança do Paciente", que visa identificar e minimizar riscos e demonstrar a prevenção de danos nos serviços de saúde. O plano dá particular ênfase à importância da vigilância, monitorização e investigação de incidentes relacionados com cuidados de saúde por parte dos prestadores nacionais de serviços de saúde.

Com esta publicação, a ANVISA espera oferecer aos gestores, educadores, profissionais de saúde e profissionais do SNVS uma síntese das etapas necessárias no processo de implementação do Núcleo da Segurança do Paciente (NSP) que podem ajudar a minimizar riscos, incorporar práticas de segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência no país.

Um estudo de corte transversal cujo objetivo foi analisar os riscos e ocorrência de eventos adversos em pacientes hospitalizados na perspectiva de enfermeiros evidenciou que a ocorrência de eventos adversos nos cuidados assistenciais como lesões por pressão e infecções relacionadas à assistência à saúde foram as mais frequentes na percepção de enfermeiros, dos outros domínios explorados, erros de medicamentos apontou entre os resultados com menor incidência (AMARAL, et al., 2019).

ENF 5: Não chegou a acontecer comigo, mas aconteceu com uma colega, era para ela ter administrado penicilina procaína, nem todos tem a noção de que penicilina procaína deve ser administrada por via intramuscular porque é oleoso, não vai à veia, mas ela confundiu e administrou por via intravenosa, o paciente começou a ter reações na hora, percebemos fomos ver o que ela acabou de passar, olhei mas não falei nada, eu tinha hidrocortisona, porque sempre levo comigo no bolso, peguei, preparei e administrei rápido para neutralizar o efeito, ela já estava alucinando e tudo, mas no final deu tudo certo, e os familiares nem fazer ideia de era um erro médico, pensam que foi uma complicação repentina, isso é muito perigoso, por isso é sempre bom ler antes e confirmar a via de

administração, a gente aprende isso na faculdade.

PART 4: Já aconteceu uma situação comigo mesma, tinha presença do médico e ele mandou passar magnésio em uma parturiente, sem saber que ela era alérgica a magnésio, ela teve reações, muito vomito e infelizmente acabou por falecer. Aconteceu com uma colega também, o médico mandou administrar buscopam, depois de administrar a pessoa morreu, também aconteceu um fato atípico, onde um familiar trouxe remédio tradicional e deu para uma parturiente, assim que ela tomou, desfaleceu e morreu. Hoje em dia não aceitamos mais a entrada dessas coisas aqui dentro.

PART 5: Teve uma situação que aconteceu hoje, parturientes com nomes parecidos, mas sobrenomes diferentes, levaram a parturiente errada para bloco cirúrgico, mas os familiares perceberam que a pessoa a ser levada não era a que deveria ser levada, deu tempo de desfazer o erro, era caso de cesariana, iriam operar uma pessoa sem necessidade. Aconteceu outro caso parecido, aonde a paciente chegou com suas queixas, foi solicitada uma ecografia, na hora de receber o resultado, deram resultado de outra pessoa, o diagnostico era de gravidez extrauterina, a mulher chorando e afirmando que não estava grávida porque estava amamentando, o médico quase a levou para bloco, daí chegou uma colega nossa e olhou bem o exame e constatou que o nome do exame não era da paciente em questão, ela seria aberta no bloco sem necessidade.

PART 6: Acontece muito, principalmente com estagiários, mas eles não são culpados porque precisa de supervisão sempre, o que aconteceu com uma das estagiarias foi que ela administrou aminofilina em bolus, passou rápido, a paciente gemeu devido a desconforto, percebi logo o que aconteceu, daí passei hidrocortisona e ela foi melhorando e neutralizou o efeito da aminofilina, daí levei elas para uma sala e conversei com ela a respeito do que aconteceu.

Os relatos mostram que 70% das profissionais presenciaram situações que levaram a eventos adversos ou até mesmo aconteceu com elas mesmas.

ENF 2 : Não, nunca presenciei e nem aconteceu comigo.

PART 2: Nunca presenciei nenhum evento e também não aconteceu comigo.

PART 3: Nunca presenciei algum e nem aconteceu comigo.

ENF 7: Não presenciei acontecer nenhum evento e nunca aconteceu comigo, e possível que aconteça, mas eu não tenho conhecimento, porque a gente toma muito cuidado com tudo.

E outras profissionais complementaram afirmando não ter presenciado nenhuma situação ou ter presenciado eventos adversos.

De acordo com o Melo et al (2021), os achados do seu estudo podem alertar gestores da área de farmacovigilância para a importância de aprimorar ou desenvolver sistemas de notificação de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) mais amigáveis ao modo de trabalho dos profissionais de saúde; ter como alvo profissionais de saúde que mais subnotificam e os seus motivos alegados para essa subnotificação; adotar estratégias voltadas para os profissionais que atuam em ambientes ambulatoriais, especialmente nas unidades de saúde na atenção básica e nas farmácias e drogarias, estimulando a prática da notificação de suspeitas de RAM e queixas técnicas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

5.4 Protocolos das metas internacionais da segurança do paciente

Nessa categoria trazemos as respostas das entrevistadas relativamente ao conhecimento sobre os Protocolos das metas internacionais da segurança do paciente.

ENF 1 - Não lembro.

ENF 5 - Não me lembro de ter ouvido falar não.

PART 2 - Não sei quais são.

PART 4- Não conheço.

PART 5 - Não me lembro de quais são.

PART 6 - Não lembro quais são.

Ao serem questionadas se já ouviram falar dos protocolos e metas

internacionais da segurança do paciente, a grande maioria respondeu que não lembram ou que não sabem quais são.

As metas internacionais para a segurança do paciente se baseiam em uma coalizão global para eliminar ou reduzir riscos e irregularidades na assistência médica e na prestação de serviços de saúde em todo o mundo. Eles foram criados em 2006 pela *Joint Commission International* (JCI), entidade sem fim lucrativo responsável por credenciar agências de saúde dos Estados Unidos, em parceria com a OMS. Ao todo são seis metas que visam garantir as melhores práticas, entregando qualidade e segurança no cuidado ao paciente. O objetivo é eliminar ou reduzir a exposição do paciente a riscos e inadimplência que poderiam ser evitados.



Fonte: Hospital Albert Sabin, seis Metas internacionais da SP.

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente são ferramentas baseadas em evidências científicas que podem contribuir muito para a segurança do processo de enfermagem ao utilizar os processos, procedimentos e métricas propostas para cada processo, bem como protocolos que abordam os seguintes temas: Identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Melhorar a segurança na prescrição e administração de medicamentos, cirurgia segura, garantindo que os procedimentos sejam realizados no local, procedimento e paciente corretos, higienizando as mãos para

prevenir infecções e reduzindo o risco de quedas e lesões por pressão.

ENF 4: Desconheço esses protocolos. A gente trabalha com alguns desses protocolos que você acabou de mencionar, por exemplo, higienização das mãos, porém não é um tema abordado aqui do jeito que você está explicando, a gente faz as coisas sabendo o que deve e que não se deve fazer, mas não temos protocolos.

ENF 7: Não lembro exatamente quais são esses protocolos, às vezes a gente trabalha com as coisas sem saber do que se trata, temos a cultura de não dar nome.

Percebe-se nos relatos das entrevistadas que não são implementados os protocolos, nem da OMS e não existem protocolos internos do hospital ou da maternidade, quando mencionados pela pesquisadora, conseguem mencionar apenas o protocolo da higienização das mãos. Também é possível ver banners e informes espalhados pelos corredores de todo hospital e pela maternidade mostrando a forma correta de higienização das mãos, como mostram as imagens a seguir.



Fonte: Imagens da pesquisa, adesivos sobre a higienização das mãos no HNSM.

O primeiro objetivo prioritário estabelecido pela Organização Mundial da Saúde é a identificação segura dos pacientes, que recomenda que ações, métodos e protocolos sejam elaborados para que os funcionários estejam cientes de suas responsabilidades na identificação segura dos pacientes e sejam incentivados a praticar e realizar procedimentos cuidar desta etapa extremamente importante. A identificação do paciente é fundamental para garantir a segurança em

todas as etapas do atendimento.

Desta forma, pode-se garantir o atendimento certo para a pessoa certa, principalmente em situações de emergência onde erros ou perda de tempo podem ser fatais. Esta etapa é considerada o ponto de partida para uma assistência adequada e segura.

A correta aplicação dos protocolos de segurança e a intervenção rápida em reações adversas são cruciais para garantir a segurança do paciente (NASCIMENTO et al., 2023).

5.5 Equipes da Gestão e Educações permanentes sobre a segurança do paciente na maternidade.

Nesta categoria, iremos abordar as narrativas das entrevistadas sobre a existência de uma equipe de gestão de SP que fomenta a educação permanente sobre a temática.

ENF 1: O tema é tratado sim, principalmente hoje em dia, falam sim, mas de uma forma geral, junto com outros assuntos, não existe essa equipe, só existem assistentes sociais, mas só trabalham com fornecimento de medicamentos.

ENF 3: Não existe, a gente pratica algumas coisas pela consciência mesmo, por exemplo, não precisa alguém te falar que tu precisa lavar as mãos antes de tocar na parturiente, se tiver luvas você usa se precisar, e lavar as mãos depois porque acabou de ter contato com parturiente. Mas não existe uma equipe, o pessoal da direção da maternidade veio e colocou este cartaz sobre lavagem das mãos, e na hora falaram um pouco sobre a importância de lavar as mãos e foi só isso.

ENF 4: Não existe. Temos a consciência do é que certo e errado, por exemplo, sempre utilizamos luvas de procedimento para realização dos tratamentos e também sabemos que uma vez aberta à caixa de luvas, essas luvas não mais estéril então a sua manipulação deve ser com cuidado, mas não é tratado desde tema nem nas ocorrências e nem nas reuniões.

Houve unanimidade nas falas, todas as entrevistadas afirmaram que não existe equipe de gestão de SP na maternidade, a única vigilância e cobrança pelos cuidados com as parturientes, mudanças de decúbitos das

acamadas, banho no leito e outras cobranças pela prestação de serviço de qualidade vêm da parte da enfermeira chefe da maternidade.

Em 2013 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no serviço de saúde. Para tanto, o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, que deve desenvolver papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente.

A portaria 2616/1998 do Ministério da Saúde, afirma que os profissionais controladores de infecção desenvolvem ações de prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde hospitalar, e constituem uma equipe multiprofissional que desenvolve atividades nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nas áreas de enfermagem, medicina, microbiologia, farmácia e administração hospitalar. Embora as ações implantadas não cheguem a cumprir integralmente as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a maioria dessas ações tem relação direta com o controle das infecções nos serviços (CAVALCANTE et al., 2019).

Os NSP são instâncias responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade do cuidado e pelo gerenciamento dos riscos assistenciais dentro dos serviços de saúde. Cabe aos NSP a implementação de processos de identificação, análise, avaliação e monitoramento dos riscos, com posterior comunicação a todos os envolvidos. Outras funções incluem: fortalecimento da cultura de segurança, a implantação de Planos de Segurança do Paciente (PSP) de acordo com a realidade local e a notificação de eventos adversos no sistema nacional (COSLOP et al., 2022).

ENF 5: Não existe equipe não, a enfermeira chefe orienta e cobra da gente os banhos no leito, mudanças de decúbito das acamadas durante a ocorrência, mas não existem formações específicas sobre o tema SP.

PART 2: Não existe equipe não, só a enfermeira chefe que fica vigiando as nossas formas de trabalhar.

PART 4: Não existe equipe não, de vez em quando tem formações sobre lavagem das mãos, de como entrar em contato com parturiente, como tratar os materiais, mas equipe não existe, mas não existe formação específico não.

PART 5: Não existe equipe não, a gente se policia entre nós mesmos, se você perceber que a colega está fazendo algo errado, você chama a pessoa num lugar apropriado e fala, ou se tiver utilizando material já utilizado por outro, você fala que não está mais estéril, não use, e assim a gente vai se ajudando.

ENF 6: Não existe equipe não, a discussão sobre o tema é quase inexistente, o que mais se fala é sobre a lavagem das mãos, principalmente na época de COVID-19 e também no surto de Cólera.

Também afirmaram que não existem capacitações sobre a temática segurança de paciente em específico, porém sempre tiveram encontros sobre técnicas corretas de lavagem das mãos, maioria dessas atualizações aconteceu durante as ocorrências de repasse de plantão. Algumas das entrevistadas afirmaram que houve treinamento sobre esterilização dos materiais, principalmente nas épocas de surtos de cólera e agora recentemente na pandemia de COVID 19.

ENF 1: Participaria sim, para melhorar meu conhecimento.

ENF 2: Participaria sim, para melhorar o nosso serviço.

ENF 3: Participaria porque conhecimento nunca é demais.

ENF 4: Sim participaria das formações porque é importante ter conhecimentos sobre como trabalhar sempre.

ENF 5: Participaria porque é assim que melhoramos o nosso serviço.

PART 2: Participaria sim, para aumentar conhecimento e trabalhar melhor.

PART 4: Não participaria por causa da disparidade do incentivo, tem gente que recebe mais durante as formações e a gente recebe menos, por isso nem vou mais, as vezes quando vou no primeiro dia e o dinheiro for pouco, nem volto no segundo dia.

PART 6: Mas participaria sim para ganhar mais conhecimentos.

ENF 7: Sim participaria das formações para saber mais sobre segurança do paciente e saber como evitar as infecções também.

Quando perguntadas se participariam de capacitações sobre o tema a maioria, com exceção de uma, afirmaram que participariam sim, para melhorar seus conhecimentos e consequentemente melhorar a qualidade da assistência prestada por elas. Porém, uma afirmou que não participaria devido à diferença dos valores pagos como incentivo para os participantes das capacitações.

Em Guiné-Bissau, sobretudo na maternidade do HNSM, a educação permanente não acontece, ainda se privilegia um tipo de educação continuada, baseada em formação complementar, cursos e palestras, capacitações e atualizações. Acontecem mediante uma remuneração diária durante os dias que decorrerão essas formações, porem esta remuneração sempre foi alvo de muita crítica, porque possui como regra pagar menos para os profissionais da cidade anfitriã da capacitação em causa. Seria uma política justa de distribuição de valores, uma vez que quem vem de outras cidades sempre tem mais gastos, porém a diferença é exorbitante, muitos consideram injusto, tornando-se também um dos desestimuladores dos profissionais na procura de mais conhecimento.

A formação continuada, por meio de capacitações e educação de excelência, desempenha um papel fundamental na aquisição e aplicação eficiente desses conhecimentos (NASCIMENTO et al., 2023).

5.6 Estratégias adotadas para redução de erros no cuidado a parturientes.

Nessa categoria foram discutidas as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem da maternidade para a redução dos riscos

ligados ao cuidado com as parturientes.

ENF 1: Cada parturiente tem seu próprio medicamento guardado na sua cama, daí quando vamos fazer a medicação temos aquela atenção para não ocorrer erro na administração desses medicamentos.

ENF 3: O certo é olhar sempre a folha terapêutica da parturiente, se estão descarregados os tratamentos, principalmente se tiver outro profissional trabalhando contigo no mesmo setor, a gente faz a descarga de todos os tratamentos feitos nos seus devidos horário, e também perguntamos a parturiente qual foi a última vez que tomou tal remédio, mas tem que olhar sempre na folha.

PART 1: Tem que saber fazer aplicação das medicações principalmente via intramuscular, quanto a via intravenosa sempre tem que ser injetada de forma lenta, antes de injetar o medicamento tem que confirmar nome e confrontar com a prescrição medica, depois ver o prazo.

ENF 5: Bom os erros que mais acontecem são erros de medicação, então os cuidados são em cima disso, estar sempre atento, ler os prazos, ler e confirmar as horas, estar sempre com hidrocortisona por perto.

Quanto às estratégias adotadas para redução de erros, algumas das entrevistadas pontuaram cuidados com a medicação como uma das estratégias, cuidados no preparo e na aplicação.

Em Guiné-Bissau não existe farmácia popular, nem tão pouco medicamentos gratuitos disponíveis para parturientes internados na maternidade. Geralmente os médicos passam a prescrição necessária, os familiares levam a prescrição, compram os medicamentos prescritos onde lhes convém e for mais barato, depois deixam no leito da parturiente em questão. Sendo assim fica difícil misturar seus medicamentos, porem, isso não garante que não ocorram erros advindos da prescrição, dispensação, preparo, aplicação, via de administração e doses erradas.

Ainda relataram que quando acontece algum erro de medicação que é detectado a tempo, elas utilizam hidrocortisona para neutralizar o efeito da medicação errada. Digo quando detectado a tempo, porque muita das vezes, esses erros passam despercebidos, o paciente sofre com eventos

adversos e em alguns casos acaba indo ao óbito.

World Health Organization (2017), os medicamentos são as intervenções mais amplamente utilizadas na assistência à saúde, e os danos relacionados a eles constituem a maior proporção do total de danos evitáveis devido a cuidados inseguros, sem falar no ônus econômico e psicológico imposto por eles. São responsáveis por 50% de todos os danos evitáveis em cuidados médicos, que, se fossem evitados gerariam uma economia de US\$ 42 bilhões em todo o mundo.

Institute For Safe Medication Practices (2018), os medicamentos potencialmente perigosos, ou seja, medicamentos de alta vigilância (MAV), que possuem um alto risco de provocar danos significativos quando há falha no processo de medicação. Estes erros com MAV não ocorrem frequentemente, porém, quando ocorrem são fatais ou com danos permanentes.

A fragilidade sobre o controle e uso correto de medicamentos torna-se um problema em saúde pública, podendo gerar erros, onerosidade ao sistema de saúde, inviabilidade terapêutica e até a falha, aumentando o número de eventos adversos evitáveis nos pacientes e até a morte (BASTOS et al., 2022).

ENF 2: Uma das estratégias que adotamos é na hora de troca de plantão, onde levamos os membros da equipe que vai entrar de plantão em todas as salas, e apresentamos parturiente por parturiente, cama por cama, explicamos os sintomas de cada parturiente, os tratamentos feitos e apresentamos os medicamentos de cada uma delas.

PART 2: A gente procura trabalhar de forma correta, mas a estratégia boa mesmo é uma boa troca de plantão, a fim de dar uma boa continuidade nos cuidados, a equipe que vai sair aguarda chegada da equipe que vai entrar, explica tudo que foi feito e o que falta fazer, assim evitamos erros.

Troca de plantão também foi mencionada por algumas entrevistadas como uma das estratégias adotadas para redução de erros.

Segundo Gomes et al (2017), a passagem de plantão é uma ferramenta utilizada para organização do trabalho em diferentes turnos, independente das alterações nas equipes. Durante o processo, se inclui

questões relacionadas ao estado de saúde do paciente, as intercorrências, observações e conteúdo de interesse institucional, devendo ter clareza e objetividade para que não haja falha na comunicação e prejuízos à assistência.

Durante a troca de plantão dos profissionais de saúde, é importante tomar certas medidas para garantir a segurança e a continuidade do cuidado aos pacientes, nesse momento é fundamental a efetiva comunicação entre os profissionais envolvidos, pois esta ocorre entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros entes de fundamental importância para uma adequada assistência à saúde (VIEIRA et al., 2023).

A implementação de ferramentas estruturadas, aliada a uma cultura de comunicação aberta e colaborativa, pode contribuir para a redução de erros e aprimoramento da segurança do paciente. Além disso, é necessário um esforço contínuo para superar as barreiras existentes e promover uma comunicação mais efetiva e segura durante a passagem de plantão (DE SOUZA et al., 2023).

PART 3: Primeiro tem que estar concentrado e atento no que está fazendo, trabalhar em equipe também, aqui a gente trabalha em colaborações e qualquer coisa complexa, chamamos superiores e médicos.

PART 4: Tem que estar mais concentrado, dar um bom seguimento no partograma.

PART 5: Primeiro é estar atento com os colegas, se atentar a parturientes soropositivas que chegam, às vezes vem com sinal no cartão, se você conhece o sinal, você avisa a colega que esta fazendo o parto na pessoa para redobrar os cuidados e utilizar os materiais exclusivos para estas parturiente, ficar atento a tudo.

ENF 7: Principal estratégia é prestar mais atenção, ler varias vezes e estar de olhos bem aberto na cabeça, sempre atentos com o pessoal da farmácia que para não perder a venda as vezes dão medicamento totalmente diferente do que foi prescrito ai depois tudo recai nas nossas cabeças.

Outras apontaram atenção como uma das estratégias, de acordo com elas, estar atentas a tudo ao seu redor pode evitar muitos erros que acontecem na assistência.

PART 6: Primeiro; é a realização de consulta pré-natal de qualidade, um bom pré-natal, tendo realizado todos os exames da gravidez ajuda a prevenir possíveis complicações na hora do parto, ter cuidados na hora de administrar medicações e estar sempre atento em tudo que for fazer.

Uma das entrevistadas frisou boa consulta pré-natal como uma das estratégias que amenizam a ocorrência de erros durante o parto e pós-parto. Uma boa pré-natal, com exames necessários e adequados permite detectar precocemente problemas que podem trazer complicações durante e pós-parto e permite com que sejam tomadas medidas cabíveis para evitar essas complicações.

Para Dias et al (2015), a segurança na assistência obstétrica apresenta grande importância ao se considerar o elevado número de pacientes envolvidos, uma vez que são milhões de nascimentos acontecendo a cada ano no Brasil, resultando em mais de o dobro de pacientes, entre parturientes e recém-nascidas.

A qualidade e a segurança da assistência pré-natal estão relacionadas diretamente à conduta do profissional de saúde com a gestante, precisando ele estar consciente de seus deveres e obrigações para garantir a segurança da mulher e do conceito durante toda a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério (DARLI, et al).

5.7 Influências das Condições do trabalho na qualidade da assistência.

Neste categoria serão abordadas as condições de trabalho como elementos que podem influenciar a qualidade de assistência na perspectiva das entrevistadas.

ENF 1: Influencia sim, principalmente a falta de medicamentos, as vezes a parturiente não tem todo medicamento que precisa, a AIDA não

costuma dar medicamento completo, daí se a parturiente fizer tratamento pela metade, não adianta de nada.

ENF 2 : Sim influencia. Má gestão hospitalar, temos falta de alguns materiais, vai influenciar sim.

ENF 4: A maternidade não tem pera para realizar sucção nos recém-nascidos, poucas marquesas que ocasionam a ocorrência de partos no chão, como podemos evitar infecções assim? Se o próprio chão não é higienizado com material adequado, as próprias marquesas não são limpas de forma correta, todas as marquesas têm defeitos, duas delas é preciso colocar escada para parturiente subir, o risco de queda é grande.

PART 1: Com relação às matérias, não temos estufa para esterilizar os materiais, tínhamos pessoal de limpeza treinados para esta função de esterilização dos materiais, porem aumentaram essa função e não aumentaram o salário, daí deixaram de fazer. A gente utiliza as caixas de materiais esterilizadas, quando acabam essas caixas e não temos mais de onde tirar, à gente joga as tesouras, as pinças numa balde de agua com agua sanitária, espera passar um tempo ou não, dependendo da demanda, colocamos para secar em cima do armário, e reutilizamos se precisar. Às vezes, quando dá tempo, juntamos tudo e levamos para o bloco cirúrgico, pedir o favor de esterilizarem para gente. Tem estufa da maternidade, mas está com defeito, não existe material descartável para parto, tudo é de ferro e não são esterilizados de forma correta.

PART 2: Influencia sim, principalmente a falta de medicamento, quanto a estrutura e rotina de trabalho, hoje em dia está muito melhor.

ENF 7: Temos falta de materiais, a começar pelas luvas, a quantidade de luvas de procedimento disponibilizado pela direção do hospital não é suficiente, se paciente precisar de uma sutura, a família é quem compra o fio de sutura, lidocaína e até as gazes, as suturas da episotomia são feitos sem lidocaína, vitamina k para recém-nascido também não temos, sulfato de magnésio para convulsão, também não temos.

Ao serem questionadas sobre os fatores que podem influenciar na qualidade da assistência na maternidade, algumas das entrevistadas relataram falta de medicamentos, falta de materiais e má gestão como elementos que podem influenciar nos serviços prestados.

A maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes não dispõe de uma farmácia de emergência, as parturientes e seus familiares são responsáveis por custear o tratamento na sua íntegra, porém, se tratando de um país onde o poder econômico da população é fraco, acontece muitas das vezes de ter parturiente que não possui condições financeiras para custear o tratamento, tendo essa realidade, os profissionais fazem o possível para prestar o cuidado parturiente que necessita.

Atualmente, a ONG Espanhola financiada pela União Europeia *Ayuda, Intercambio y Desarrollo* (AIDA), instalou uma farmácia gratuita no HNSM e fornece medicamentos e insumos farmacêuticos para parturientes com dificuldades financeiras, porém eles fornecem apenas metade do que parturiente precisa para seu tratamento.

Num contexto em que a corrupção afigura-se como um fenómeno usualmente explicado através de uma complexa relação entre variáveis de natureza distinta, as múltiplas marcas profundas ou superficiais herdadas das ex-metrópoles pelos Estados subsaarianos não devem ser negligenciadas, tais fatores poderão constituir um vector de causalidade expressivo, caso intervenham a montante nos sistemas políticos africanos, contribuindo desta forma para os elevados níveis de corrupção que sobressaem da leitura dos indicadores disponíveis (DIAS, LUCIO, COELHO, 2015).

Para Tonial et al (2023), a colonialidade, sendo parte do projeto civilizatório da modernidade, pode ser entendida como um padrão ou uma matriz colonial de poder que, com base na naturalização de determinadas hierarquias (territoriais, raciais, epistêmicas, culturais e de gênero), produz subalternidade e oblitera conhecimentos, experiências e formas de vida daqueles/as que são explorados/as e dominados/as. Esse movimento colonizador, por sua vez, possibilita a reprodução e a manutenção das relações de dominação ao longo do tempo nas diversas esferas da vida social (TONIAL. MAHEIRIE, GARCIA J, 2023).

A meu ver, o subdesenvolvimento da Guiné-Bissau, do seu fraco sistema de saúde e não só, assim como de restante dos países da África, se deve principalmente ao saqueamento proveniente da colonização e desse olhar eurocêntrico, a África foi e continua sendo explorada e

violentada pelos Europeus e Americanos, enquanto isso, o povo africano continua padecendo com sistemas de saúde, educação e saneamento básico deficiente.



Armário onde são secados e guardados os materiais higienizados



Baldes com soluções para
Carrinho de traslado de
Desinfecção dos materiais.



Parturientes da sala de
Parto para pós-parto.

Fonte: Imagens da pesquisa

Quanto à falta de materiais, elas lamentaram falta de estufa para esterilização dos materiais. A forma como ocorrem o processo de esterilização e armazenamento desses materiais não permitem uma prestação de cuidados com qualidade.

PART 1: Imagine um profissional ficar com três quartos, em cada quarto são oito leitos ocupados, e tem outro quarto com dez leitos, tem que fazer tudo, as vezes a gente fica sem paciência e isso desmoraliza também, a gente tenta fazer o máximo possível, as vezes com falta de materiais necessários.

ENF 4: Antigamente os turnos eram compostos por 14 a 17 pessoas por turno, mas hoje em dia, depois de mandarem embora os novos ingressos, ficaram de 8 a 10 pessoas, a sobrecarga afeta a qualidade, falta de matérias.

PART 6: Hoje em dia temos desfalque de pessoal devido a exoneração em massa dos novos ingressos, com a sobrecarga a qualidade do serviço fica comprometida, também temos falta de materiais, uma coisa que também tem impacto na qualidade do serviço.

PART 4: Influencia sim, principalmente rotina de sobrecarga no trabalho, depois que mandaram embora os novos ingressos, ficou muito sobrecarga para nós, mal conseguimos terminar as coisas e às vezes no cansaço fazemos coisas de forma errada, são muitos parturientes para poucos profissionais, sem contar com desmotivação por pouco salario, a gente faz porque amamos a nossa profissão e não trabalhamos para homem, mas sim para Deus, por isso fazemos o máximo que podemos e temos falta de matérias também.

ENF 3: Bom eu faço meu trabalho de forma que devo fazer, porque se for ver pelo salário que é pouco, não dá. A rotina de trabalho não influencia porque os turnos costumam ter pessoas suficientes e são plantões de 12h.

Além da falta de material relatado por todas as entrevistadas, sobrecarga de tarefas também foi muito levantado por maioria delas.

Na época da pandemia de COVID 19, a direção do hospital efetuou uma contratação simplificada de profissionais recém-formados, aumentando assim a quantidade da mão de obra da instituição, porém, com o término da pandemia estes profissionais foram demitidos em massa, deixando um grande desfalque da mão de obra na maternidade, comprometendo assim a qualidade da assistência. Também mencionaram salario baixo como causador de desanimo nos profissionais.

Algumas ainda relataram a superlotação e dificuldade para dar conta de todos os serviços com eficiência, como mostra as imagens abaixo.



Fonte: imagens da pesquisa, sala de pós-parto.

ENF 5: Influencia sim, porque, por exemplo, a sala de parto só tem quatro marquesas, quando estão todos ocupados, fica difícil realizar parto, o espaço fica apertado, fica ruim a visibilidade, fica difícil para se movimentar, porque qualquer movimento brusco você pode acabar tocando outra pessoa com sangue de outra, não tem nem biombos para separar as camas.

PART 1: Sala de parto, de forma que está não ajuda as vezes as todas as marquesas ficam ocupadas, nessas horas acontece de a gente fazer parto no chão, eu particularmente não gosto de finalizar esses partos no chão.

PART 5: Sim influência, a sala de parto é muito quente, você faz o parto e sai toda molhada de calor, material de trabalho em quantidade insuficiente, não existe tesoura para cortar cordão umbilical, a gente utiliza tesoura não apropriada para isso, nossa sala de repouso sem condições, tudo isso influencia sim.

ENF 7: Os familiares é que vai atrás de conseguir o que precisar, com a ajuda da AIDA às vezes a gente consegue medicamentos de graça, só que

a AIDA só dá metade do que foi prescrito, o resto a família compra, outra coisa que atrapalha muito são os próprios profissionais que trabalham, utilizam o que foi disponibilizado, mas não anotam nada, quando preciso justificar o gasto, sempre tem desfalque e com isso não conseguimos mais ajudas, já falei tanto e não escutam.

No quesito influência da qualidade de infraestrutura na prestação dos cuidados, a maioria concorda que influencia sim, principalmente quando se trata da sala de parto, onde as marquesas estão com defeitos e em pequena quantidade levando em consideração o porte da maternidade, espaço apertado, pouca ventilação e iluminação.



Fonte: imagens da pesquisa, sala de parto.

De acordo com Araújo (2023), avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infraestrutura de que dispõe, isto é, com os recursos existentes ou aplicados para fazer a estrutura funcionar. A lógica que permeia este tipo de avaliação é de que uma boa infraestrutura propicia bom atendimento aos clientes, o que leva a bons resultados.

Pressupõe-se que uma boa estrutura dos serviços é primordial para a qualidade do cuidado.

Enfatiza-se, que não há uma relação direta entre uma boa estrutura a produção de cuidados de boa qualidade; uma estrutura inadequada pode reduzir as chances de um cuidado de qualidade, mas não é capaz de determinar este resultado. Desse modo, todos os setores e organizações de um ambiente de saúde necessitam de uma estrutura que favoreça a assistência em saúde de forma segura e livre de erros (ARAÚJO, 2023).

5.8 As contradições entre as narrativas das entrevistadas e a realidade encontrada.

Iremos apresentar aqui as contradições encontradas entre as narrativas das entrevistadas e a realidade em que o cenário do estudo se encontrava.

ENF 4: Hoje em dia está tudo melhor, não se vê mais leitos ocupados por duas parturientes ao mesmo tempo.

De acordo com esta entrevistada, não existe mais a situação de duas parturientes no mesmo leito, porém a realidade era outra, em uma das salas do pós-parto todos os leitos estavam ocupados com duas parturientes e duas dois bebês, assim como mostra as imagens abaixo.



Imagens da pesquisa; Duas mães por leito em uma sala pós-parto.

PART 3: Quanto a estrutura e rotina de trabalho, hoje em dia está muito melhor.

PART 4 Posso dizer que a maternidade hoje em dia está melhor e a gente consegue trabalhar melhor.

ENF 7: Influencia positivamente, digo positivamente porque tendo uma escala de serviço bem distribuído, cada um sabe onde está alocado por mês e o que tem que fazer, não se vê mais casos de infecções hospitalar, a sala de infectados pós cesariana as vezes é fechada por falta de parturientes infectadas.

De acordo com algumas das entrevistadas, a maternidade atualmente se encontra com boas condições de trabalho, porém, o que se vê na realidade mostra fato deferente, inclusive quando se trata de rotina de trabalho, muitas relataram a sobrecarga devido à demissão sumaria dos profissionais novos ingressos. E quanto a condições do trabalho, além dos relatos de alguma das entrevistadas sobre o fato de faltar praticamente tudo, o pouco que existe, estão com defeitos, sem condições mínimas de uso e as imagens mostram isso.



Carrinho de transporte de parturientes para sala de repouso.



Maca de parto e baldes onde a os materiais são higienizados.



Pia sem torneira e sem agua.



Incubadoras com defeitos.

6. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a gestão de segurança do paciente é inexistente na maternidade pesquisada, e de acordo com a percepção das entrevistadas, acreditamos que a cultura de segurança é praticada de modo muito precário no cotidiano da maternidade.

Também foi evidenciado que estes profissionais não possuem conhecimento adequado e suficiente sobre protocolos das metas internacionais da segurança do paciente, porém, ficou explícito nas entrevistas que as profissionais participantes utilizavam apenas higienização das mãos, como medida profilática contra infecção na maternidade.

Quanto aos eventos adversos, o estudo revelou que o EA que ocorre com mais frequência na maternidade são os erros na prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos.

A educação permanente é uma dimensão educativa fortemente implementada no Brasil, mas em Guiné-Bissau, sobretudo na maternidade do HNSM, essa dimensão educacional não acontece, ainda se privilegia um tipo de educação continuada, baseada em formação complementar, cursos e palestras.

Essa dimensão educativa envolve alguns percalços, como incentivo financeiro das agências de fomento das formações como medida para atrair a participação dos trabalhadores. Todavia, esse incentivo é fonte de conflitos entre trabalhadores, tendo em vista que não existe equidade na distribuição dos recursos, já que prioriza aqueles trabalhadores que residem em cidades distantes. A baixa qualificação profissional para o exercício do cuidado é outro ponto que merece destaque, tendo em vista que a educação permanente é um fator preponderante para uma assistência eficaz e de qualidade.

Destaca-se que as condições do trabalho apresentadas, são precárias, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada. Este fato contribui para uma baixa cultura de segurança da paciente, incidindo em erros no cotidiano do trabalho e eventos adversos que

colocam usuárias e trabalhadoras de saúde em situação de risco iminente.

Além disso, o fato de o país vivenciar uma política governamental instável e permeada de golpes de Estado, com economia em recessão, tal contexto complexo, repercute diretamente na gestão de saúde local que apresenta como vimos ao longo da pesquisa, com baixa capacidade de prover os recursos materiais, logísticos e de gestão adequados para promover um cuidado integral e de qualidade.

Ressaltamos que o presente estudo apresenta diversas limitações como, dificuldade de encontrar referências atualizadas sobre o país e a temática pesquisada, houve dificuldades para estabelecer a comunicação com o hospital cenário de pesquisa e com comitê de ética de pesquisas de saúde em seres humanos de Guiné-Bissau, assim como a baixa adesão à participação dos profissionais da maternidade.

Vale saliente que esta dissertação apresenta algumas diferenças ortográficas que podem ser confundidas com erros ortográficos ao longo da sua estrutura, pelo fato de ser um artigo construído em três línguas distintas, Português de Portugal, Português de Brasil e Criolo de Guiné-Bissau.

7. REFERÊNCIAS

1. ABREU, Ingrid Moura de et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. e20180198, 2019.
2. 6356b21b-c25f-6769-3b1c-fca371570870
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2014.
4. ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.
5. AMADO, João; FERREIRA, Sónia. A Entrevista na Investigação Educacional. In: *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013.
6. AMARAL, Robson Tostes et al. Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. 2019.
7. ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 161-172, 2018.
8. ARAUJO, Maria Heloisa Martins de. Avaliação da estrutura como indicador da qualidade em saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
9. ARGENTA, Carla; ADAMY, Edlamar Kátia; BITENCOURT, Julia Valeria de Oliveira Vargas. *Processo de enfermagem: história e teoria*. 2020.
10. BARBOSA, Ítalo Everton Bezerra et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *Revista*

- Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e6454-e6454, 2021.
11. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
 12. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3 reimp. São Paulo: Edições 70, 2016.
 13. BASTOS, Wylma Danuzza Guimarães et al. Preparo e administração de medicamentos de alta vigilância na perspectiva da segurança do paciente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e4511225491-e4511225491, 2022.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
 15. CALDANA, Graziela et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 24, p. 906-911, 2015.
 16. CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.
 17. COSLOP, Shaiane et al. Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2022.
 18. DA COSTA RESENDE, Ana Lúcia et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 39, p. e2222-e2222, 2020.
 19. DALRI, Cristina Camargo et al. Atuação do enfermeiro no pré-natal para uma assistência obstétrica e perinatal segura e de qualidade.
 20. DE CARVALHO LEMOS, Grazielle et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 8, 2018.

21. DE SOUZA, Kelly Cristina Rezzadori Müller et al. A comunicação para a segurança do paciente em passagem de plantão entre médicos de UTI em um hospital no interior do Paraná. *E-Acadêmica*, v. 4, n. 2, p. e3242492-e3242492, 2023.
22. DIAS, E. G.; ESPÍRITO SANTO, F. G. do; SANTOS, I. G. R. dos; ALVES, J. C. S.; SANTOS, T. M. F. dos. Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Revista Gestão & Saúde*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. Pág. 2695–2710, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3151>. Acesso em: 5 set. 2023.
23. DIAS, Antônio Luís; LÚCIO, José Manuel Rodrigues; COELHO, Thierry Dias. Corrupção e pobreza em África: os legados coloniais em perspectiva comparada. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 3, p. 395-424, 2015.
24. FERREIRA, Camila Rafael; ISAAC, Letícia; XIMENES, Vanessa Santiago. Cuidar de idosos: um assunto de mulher?. *Est. Inter. Psicol., Londrina*, v. 9, n. 1, p. 108-125, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jul. 2023.
25. FLICK, U.W. E. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes / tradução: Magda Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. - Porto Alegre: Penso 2013.
26. FURTADO, Tellyson Araújo, et al. Abordagem sobre segurança do paciente do projeto pedagógico de um curso de Medicina. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020, 3.5: 11958-11966.
27. GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social – 6. ed.- 7. reimp.-SãoPaulo: Atlas, 2016.
28. GOLLE L, Ciotti D, Herr GEG, et al., Cultura de segurança do paciente em hospital privado. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(1):85-9. DOI: 10.9789/2175- 5361.2018.v10i1.85-89
29. GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de*

- Enfermagem, v. 70, p. 146-154, 2017.
30. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
 31. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
 32. https://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/5465/eventos_adversos_na_africa_e_no_orient_e_medio.htm
 33. Institute For Safe Medication Practices.(2018).High-AlertMedication Survey Results Lead to Several Changes for 2018. https://www.ismp.org/resources/high-alert-medication-survey-results-lead-several_changes-2018.
 34. MAIA, Christiane Santiago et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. e2017320, 2018.
 35. MARCONI, A.M.; Lakatos, M.E. Metodologia científica- 5. ed.-4reimp.- São Paulo:Atlas, 2011.
 36. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 337 p.
 37. MELO, José Romério Rabelo; DUARTE, Elisabeth Carmen; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Notificação de eventos adversos de medicamentos no Brasil: perfil dos profissionais que notificam ao sistema de farmacovigilância brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00237221, 2021.
 38. MENDES, Paulo de Jesus Araújo et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRURGICO, UTILIZANDO SAEP. BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia, v. 19, n. 13, p. 1-17, 2020.
 39. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet] Brasília (DF): Ministério da Saúde;2013.<Disponívelem:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 02 abr 2021.

40. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012c.
41. NASCIMENTO, Gustavo Moraes do et al. O conhecimento do enfermeiro no ato transfusional: uma revisão integrativa. 2023.
42. NASCIMENTO, Juliana da Silva Garcia et al. Passagem de plantação como de gestão de ferramentas para segurança do paciente. Revista de Enfermagem da UFSM , v. 8, n. 3, pág. 544-559, 2018.
43. NUNES, Flávia Danyelle Oliveira et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014.
44. Organização Mundial da Saúde e Segurança do Paciente da OMS. (2010). Estrutura conceitual para a classificação internacional para segurança do paciente versão 1.1: relatório técnico final janeiro de 2009. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>.
45. PALOSKI GR, Tomaschewski-Barlem JG, BarlemELD, Brum AN, Tavares APM,Dal Omo GN. Segurança do paciente: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca do erro assistencial ao paciente. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021out./dez.;10(4):66-83.<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i4.800>
46. Plano nacional de desenvolvimento sanitário da Guiné-Bissau III, 2017
47. POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.7.ed. Porto Alegre: Artmed,2011.
48. PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
49. Raimondi, D. C., Bernal, S. C.Z., de Souza,V. S., de Oliveira, J. L. C., & Matsuda, L. M. (2017). Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. Revista

Cuidarte, 8(3),1839-1848.

50. Relatório do Projeto Borgen: Educação De Meninas Na Guiné: Rompendo Barreiras. 10 DE SETEMBRO DE 2018. Disponível em< <https://borgenproject.org/girls-education-inguea-breaking-barriers> > acesso em: 28 de julho de 2023, às 19h 27.
51. RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta paulista de enfermagem, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.
52. SANCHIS, Desirée Zago et al. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.
53. SANTANA, Tâmilis Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 61, 2019.
54. SARTOR, Giordana Dutra; DA SILVA, Bruna Fernanda; MASIERO, Anelise Viapiana. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 5, 2016.
55. SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. Esc. Anna Nery , , v. 26, e20210130, 2022 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100216&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2022. Epub 15-Nov-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0130>.
56. SILVA, MED da.; OLIVEIRA, AEM de .; MORAIS, Y. de J. . Atribuições do farmacêutico no âmbito hospitalar para promover a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Investigação, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 10, n. 13, pág. e544101320566, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.20566. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20566>. Acesso em: 12 abr. 2023.
57. SIQUEIRA, Carolina Poite de et al. Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas

[Patient safety in an emergency care unit: planning strategic actions]
[Seguridad del paciente en una unidad de atención de emergencia:
planificación de acciones estratégicas]. Revista Enfermagem UERJ,
[S.l.], v. 29, p. e55404, abr. 2021. ISSN 0104-3552. Disponível em:
<[https://www.e-
publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55404/38553](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55404/38553)
>. Acesso em: 22 abr. 2022.
doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.55404>

58. Sokem JAS; Watanabe EAMT; Ferreira AM; Siqueira LDC; Coelho MMF; Bergamaschi FPR. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a lesão por pressão. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 2021, 19: e2521. https://doi.org/10.30886/estima.v19.1129_PT.

59. TONIAL, Felipe Augusto Leques; MAHEIRIE, Kátia; GARCIA JR, Carlos Alberto Severo. A resistência à colonialidade: definições e fronteiras. Rev. Psicol. UNESP, Assis, v. 16, n. 1, p. 18-26, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 nov. 2023.

60. VIANA, Ingrid Soares, et al. Desafios na implantação da cultura de segurança do paciente no Brasil: revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, 2023, 12.2: e28212240035-e28212240035.

61. VIEIRA, Márcia Dênis Oliveira; DE LIMA, Lílían Natália Ferreira; VIANA, Janayna Araujo. COMUNICAR PARA MELHOR CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A COMUNICAÇÃO DURANTE A TROCA DE PLANTÃO DO HOSPITAL REGIONAL DE AUGUSTINÓPOLIS, TOCANTINS. Revista Extensão, v. 7, n. 2, p. 39-46, 2023.

62. VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. v.22, n. 44, p. 203-220, 2014.

63. HORTA WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

64. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Geneva: WHO,

- [2017]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. Acesso em: 27 mar. 2021.
65. World Health Organization. (2017). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. <https://www.who.int/initiatives/medication-withoutharm>.
66. ZAMBON, Lucas Santos. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência. 2014. Tese (Doutorado em Processos Inflamatórios e Alérgicos) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.5.2014.tde-04082014-085402. Acesso em: 2023-04-1.

APÊNDICE A

INFORMAÇÃO DO CONSENTIMENTO ÉTICO

Prezado (a) participante, informamos que essa pesquisa não oferece riscos biológicos possíveis para a sua saúde, porém apresenta riscos mínimos de desconforto e/ou constrangimento em responder as questões da pesquisa.

Em vista disso, deixamos claro que será garantido o anonimato e assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa.

Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônimo sigilosa, não permitindo a sua identificação. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem sofrerá nenhum dano na assistência que vem recebendo nesta instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Para contatos caso necessário; E-mail da pesquisadora responsável dabocadi.ce@gmail.com ou para o Comitê Nacional de Ética em Pesquisas na Saúde localizado no Instituto Nacional de Saúde Pública • Avenida Combatente da Liberdade de átria, Hospital "3 de Agosto" • Apartado: 861 Bissau, 1004 Bissau Cedex • Administração TM: (+ 45) 955 515 150 • TM: (+245) 966 938 511/955 904 960.

E-mail: nabangna.julho2009@gmail.com & djicoblama.spccm@gmail.com

Bissau, ____/ ____/ ____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Prezado (a) Senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE GUINÉ-BISSAU”** está sendo desenvolvida por CADI DABO, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade de Moraes. Apresenta como objetivo geral: **Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a gestão da Segurança do paciente em um Hospital de Guiné-Bissau.** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa.

Solicitamos sua colaboração para participar deste estudo. Para tanto você precisará assinar este Termo de Consentimento livre e Informado, que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões. Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa e autorizo o pesquisador gravar minha imagem ou voz, na coleta de dados ao realizar a entrevista, como também, concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Pesquisador (a)

Assinatura do (a) participante

Para contatos caso necessário; E-mail da pesquisadora responsável dabocadi.ce@gmail.com ou para o Comitê Nacional de Ética em Pesquisas na Saúde localizado no Instituto Nacional de Saúde Pública • Avenida Combatente da Liberdade de átria, Hospital "3 de Agosto" •

Apartado: 861 Bissau, 1004 Bissau Cedex • Administração TM: (+ 45)
955 515 150 • TM: (+245) 966 938 511/955 904 960.

E-mail: nabangna.julho2009@gmail.com &
djicoblama.spccm@gmail.com

Bissau, ____/ ____/ ____.

APÊNDICE C

ROTEIRO ENTREVISTA

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Dados gerais

Sexo: F () M ()

Idade:

Tempo de trabalho no hospital:

Tempo de formação:

Onde se formou:

Renda Mensal:

Existe atraso no salário? Com que frequência? Religião:

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Fale-me sobre como você compreende a Segurança do Paciente?
2. O que você sabe sobre os protocolos das metas internacionais da Segurança do paciente; já ouviu falar? Se sim, quais?
3. Você sabe me dizer o que são Eventos Adversos?
4. Você poderia comentar alguma situação relacionada ao Evento Adverso vivenciado na maternidade? Se sim, qual foi?
5. Fale sobre a Gestão de Segurança do Paciente no cotidiano de trabalho na maternidade.
 - a. Existe uma equipe que faz a gestão da Segurança do Paciente na maternidade? Conhece os componentes desta equipe? Existe visita desta equipa na maternidade? Você já participou de alguma reunião? Com que frequência? Há discussão sobre Segurança do Paciente?
 - b. Quais são as estratégias adotadas para redução dos erros?
 - c. O que você propõe para melhorar a Segurança do Paciente na maternidade?
6. Você acredita que da maneira com a infraestrutura, condições do trabalho e a rotina dos profissionais influenciam na qualidade da assistência? Se sim, de que forma? Se não, porquê?

7. Você considera que a maneira que a parturiente é acolhida, a comunicação, os cuidados de enfermagem influenciam na sua segurança como paciente?
8. Existe educação permanente em saúde sobre SP? Qual instituição oferece? Como acontece? Com que frequência? Quais modalidades (estudo dirigido, reunião, leitura de texto, debate, oficina)? Você participa? Explique
9. Teria alguma coisa que você gostaria de acrescentar, mencionar ou perguntar que a pesquisa não mencionou?

Agradeço a sua participação no entrevistado no estudo!



República da Guiné-Bissau
Ministério da Saúde Pública

HNSM

Hospital Nacional Simão Mendes
Departamento de Ensino, Estudos
Epidemiológicos e Investigação Científica



Visto,

Diretor Clínico

Dr. Waldir Wadany Jaló

Bissau, 26 de julho de 2022

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O Departamento de Ensino, Estudos Epidemiológicos e Investigação Científica (DEEPIC), declara para os devidos efeitos que o HNSM tem condições para o desenvolvimento do projeto e apoia fortemente a sua realização. O DEEPIC está ciente da proposta metodológica do projeto intitulado "GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEÇÃO DOS (AS) ENFERMEIROS (AS) DA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE GUINÉ-BISSAU" coordenado pela En^{fa} Cadi Dabo e colaboradores, porém autoriza a sua execução somente com a anuência da comitê de ética em pesquisa com seres humanos do país.

Chefe de Departamento

Bubacar D. Embaló

Prof. Msc. Bubacar Embaló

Hospital Nacional Simão Mendes, Marada-Av, Pansau Na Isna, CP 488 Bissau

Digitizada com CamScanner



Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde

Nº Ref.: 0268/CNEPS/INSA/2022

Bissau, 26 de Outubro de 2022

À
Sr.ª CADI DABO
Rua Poeta Jansen Filho N.º 18, AP-303,
Bairro Castelo Branco, João Pessoa-Paralba
TM: +55 85991002233/+245 957063309
E-mail: dabocadi.ce@gmail.com

ASSUNTO: Solicitação de correções ao Protocolo de Pesquisa

Com os melhores cumprimentos.

O Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde (CNEPS) reunido na sua quinta sessão extraordinária no dia 25 de outubro de 2022 analisou um protocolo do estudo sob o título *"Gestão da Segurança do Paciente: Percepção dos (as) Enfermeiros (as) da Maternidade de Um Hospital de Guiné-Bissau"*, que lhe foi re-submetido para apreciação e deliberação.

Para aprovação do protocolo, o coletivo havia solicitado ao responsável do estudo que proceda as devidas correções do documento original submetido conforme nota enviada.

Após uma segunda análise com a verificação da solicitação do CNEPS apercebeu-se que se operaram as modificações solicitadas, satisfazendo assim os critérios de avaliação requeridos, razão pela qual, por consenso se autoriza a realização do estudo.

Ainda assim, o coletivo adverte ao responsável do estudo que espera receber as informações preliminares (seguimento na base de relatórios) sobre o evoluir da implementação do protocolo de pesquisa ora validado.

Aceite os protestos da nossa elevada consideração.



ÉTICA & SAÚDE

O Presidente,

Dr. Cunhate Na Banga

Secretário

Instituto Nacional de Saúde Pública • Avenida Combatente da Liberdade de Pátria, Hospital "J de Agosto" • Apartado 961 Bissau, 1004 Bissau
Cedex • Administração TM: (+245) 955 515 150 • TM: (+245) 965 838 511/955 904 909
E-mail: cadabanga@cneps.gn & cadabanga@cneps.gn