

CULTURA DE SEGURANÇA NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Cláudia Patrícia da Costa Brás^{1,2} 
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{3,4} 
Manuela Maria Conceição Ferreira⁵ 

¹Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem, Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal.

³Universidad de Huelva, Departamento de Enfermería, Huelva, Espanha.

⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

⁵Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Viseu, Portugal.

RESUMO

Objetivo: identificar as dimensões da cultura de segurança que influenciam a prática clínica dos enfermeiros obstetras.

Método: estudo observacional, analítico, transversal, realizado em duas maternidades integradas em um centro hospitalar da região Centro de Portugal, no período de setembro de 2018 a maio de 2019. Um total de 70 enfermeiros obstetras respondeu ao *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram submetidos à análise descritiva e inferencial. As dimensões foram consideradas fortes quando apresentaram scores $\geq 75,0\%$ de respostas positivas, e consideradas problemáticas, quando apresentaram scores $\leq 50,0\%$.

Resultados: a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi a dimensão que obteve scores acima de 75,0%. As dimensões “expectativas do supervisor”, “feedback e comunicação sobre o erro”, “abertura na comunicação”, “aprendizagem organizacional” e “transferências e transições hospitalares” obtiveram pontuações entre 50,0% e 65,0%. As dimensões “resposta ao erro não punitiva”, “frequência da notificação de eventos”, “apoio à segurança do paciente pela gestão” e “quantidade de profissionais” apresentaram scores abaixo de 40,0%.

Conclusão: os resultados deste estudo mostram que o trabalho em equipe dentro das unidades é uma dimensão forte da cultura de segurança nas maternidades. Contudo, a prevalência de uma cultura punitiva, de subnotificação de eventos adversos, uma quantidade insuficiente de enfermeiros obstetras e pouco comprometimento da gestão hospitalar são consideradas como dimensões problemáticas que influenciam a prática dos enfermeiros obstetras. Essa avaliação da cultura de segurança contribui para o planejamento de intervenções que reduzem a incidência de erros e melhoram a segurança da assistência obstétrica.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica. Segurança do paciente. Gestão da segurança. Cultura organizacional.

COMO CITAR: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC. Cultura de segurança na prática clínica dos enfermeiros obstetras. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20220330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0330pt>

SAFETY CULTURE IN OBSTETRIC NURSES' CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT

Objective: to identify the safety culture dimensions that influence obstetric nurses' clinical practice.

Method: an observational, analytical and cross-sectional study, carried out from September 2018 to May 2019 at two maternity hospitals integrated in a hospital center in the Central region of Portugal. A total of 70 obstetric nurses answered the Hospital Survey on Patient Safety Culture. The data were submitted to descriptive and inferential analysis. The dimensions were considered strong when they presented scores $\geq 75.0\%$ of positive answers, and deemed as problematic with scores $\leq 50.0\%$.

Results: the "Teamwork within units" dimension was the one that obtained scores above 75.0%. The "Supervisor expectations", "Feedback and communication about errors", "Communication openness", "Organizational learning" and "Hospital handoffs and transitions" dimensions obtained scores between 50.0% and 65.0%. The "Non-punitive response to error", "Frequency of events reported", "Management support for patient safety" and "Staffing" dimensions had scores below 40.0%.

Conclusion: the results of this study show that "Teamwork within units" is a strong safety culture dimension in maternity hospitals. However, the prevalence of a punitive culture, underreporting of adverse events, insufficient number of obstetric nurses and little commitment of the hospital management are considered as problematic dimensions that influence obstetric nurses' practice. This assessment of the safety culture contributes to planning interventions that reduce the incidence of errors and improve the safety of obstetric care.

DESCRIPTORS: Obstetric Nursing. Patient safety. Safety management. Organizational culture.

LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEROS ESPECIALIZADOS EN OBSTETRICIA

RESUMEN

Objetivo: identificar las dimensiones de la cultura de seguridad que influyen la práctica clínica de enfermeros especializados en Obstetricia.

Método: estudio observacional, analítico y transversal, realizado en dos maternidades integradas en un centro hospitalario de la región Central de Portugal entre septiembre de 2018 y mayo de 2019. Un total de 70 enfermeros especializados en Obstetricia respondió la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Los datos se sometieron a análisis descriptivo e inferencial. Las dimensiones fueron consideradas sólidas cuando presentaron puntuaciones $\geq 75,0\%$ de respuestas positivas, y problemáticas cuando obtuvieron valores $\leq 50,0\%$.

Resultados: la dimensión "Trabajo en equipo dentro de las unidades" fue la que obtuvo puntuaciones superiores al 75,0%. Las dimensiones "Expectativas del supervisor", "Feedback y comunicación sobre los errores", "Apertura en la comunicación", "Aprendizaje organizacional" y "Transferencias y transiciones hospitalarias" obtuvieron puntuaciones entre 50,0% y 65,0%. Las dimensiones "Respuesta no punitiva a los errores", "Frecuencia de eventos notificados", "Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente" y "Dotación de profesionales" presentaron porcentajes inferiores al 40,0%.

Conclusión: los resultados de este estudio demuestran que el "Trabajo en equipo dentro de las unidades" es una dimensión sólida de la cultura de seguridad en las maternidades. Sin embargo, la prevalencia de una cultura punitiva, de la subnotificación de eventos adversos, una dotación insuficiente de enfermeros especializados en Obstetricia u el bajo nivel de compromiso de la gerencia hospitalaria se consideran dimensiones problemáticas que influyen la práctica de los enfermeros especializados en Obstetricia. Esta evaluación de la cultura de seguridad ayuda a planificar intervenciones que reducen la incidencia de errores y mejoran la seguridad de la asistencia obstétrica.

DESCRIPTORES: Enfermería obstétrica. Seguridad del paciente. Administración de la seguridad. Cultura organizacional.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação crescente para as organizações de saúde, onde são desenvolvidas atividades complexas e imprevisíveis que podem originar eventos indesejáveis. Alguns estudos têm mostrado que, em média, um em cada dez pacientes está sujeito a um evento adverso durante o internamento hospitalar¹.

Mais de um terço das mortes maternas e uma proporção substancial das condições de risco de vida das mulheres são atribuídas a complicações que surgem durante o trabalho de parto, parto ou no período pós-parto imediato, em que os eventos adversos evitáveis estão relacionados com qualquer dano físico ou mental à grávida, ao feto ou ao recém-nascido².

No âmbito nacional e internacional foram surgindo, nesses últimos anos, *guidelines* que têm permitido mudanças nas práticas de assistência, para um exercício profissional seguro na área de obstetrícia, nomeadamente: o documento Triagem - Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia³; o Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica⁴; o documento *Intrapartum care for a positive childbirth experience*²; a lista de verificação para os partos seguros⁵ e a lista de verificação de segurança cirúrgica criada pela Organização Mundial da Saúde e que pode ser aplicada nas cesarianas⁶.

A 74^a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde definiu um Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030, que visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de pacientes, na sequência de cuidados de saúde inseguros no mundo todo¹. Em Portugal, assistiu-se ao lançamento do novo Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, que assenta em cinco pilares fundamentais: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas em ambientes seguros. O quinto pilar deste plano contempla no objetivo 5.1 e 5.2 as ações relativas à implementação de práticas seguras relativas à segurança no parto⁷.

A promoção da segurança da mulher é essencial nas unidades de cuidados em obstetrícia, pelo fato de cada intervenção poder envolver um risco duplo de morbimortalidade materna e fetal⁸. *The Joint Commission Sentinel Event Alert* revela que, em 47 casos estudados de morte perinatal ou incapacidade permanente, as principais causas dos eventos adversos foram: a comunicação; a cultura organizacional; o trabalho em equipe pela hierarquização das estruturas organizacionais; a competência da equipe; o processo de orientação e treino; problemas de supervisão de médicos e enfermeiras obstetras e insuficientes informações pré-natais⁹.

Os enfermeiros obstetras têm como foco de atenção as necessidades da mulher/casal/família, prevenindo complicações durante os processos de saúde/doença ao longo do ciclo reprodutivo, tendo em conta as melhores evidências científicas disponíveis. Contudo, a problemática da cultura de segurança nas maternidades não tem sido um requisito prioritário para as instituições de saúde, mesmo sendo essencial à qualidade dos cuidados e que está relacionada com valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que influenciam a forma como os profissionais percebem e agem sobre as questões de segurança de uma organização¹⁰.

É urgente a adoção de estratégias que contribuam para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, que reduza a frequência e a gravidade dos erros no cuidado à mulher e ao recém-nascido¹¹. Este processo requer conhecimento prévio da cultura de segurança, identificando as fragilidades existentes nas maternidades, de forma a instigar atitudes proativas em todos os atores envolvidos⁸.

Avaliar a cultura de segurança permite fornecer dados mensuráveis, identificar áreas de melhoria e implementar processos de mudança para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica¹². A segurança, particularmente nas maternidades, pode ser influenciada pela cultura organizacional, trabalho em equipe, comunicação, respostas não punitivas e percepções das equipas sobre a segurança do paciente⁸.

Criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo, exigindo equipes de trabalho resilientes, capazes de manter as ações e de se adaptarem à pressão dos diferentes riscos clínicos intrínsecos às atividades de prestação de cuidados de saúde¹³. No entanto, ainda não estamos no nível desejado de cultura de segurança, quando o número de enfermeiros obstetras é insuficiente para suprir as necessidades de cuidados especializados, quando predomina nas unidades de obstetrícia uma cultura punitiva e uma subnotificação de eventos adversos e pouco comprometimento e apoio da direção hospitalar nas questões de segurança do paciente¹⁴⁻¹⁶.

Avaliar a cultura de segurança nas organizações se tornou uma necessidade, especialmente na área obstétrica, o que permitirá identificar as dimensões potenciadoras e problemáticas e, conseqüentemente, desenhar intervenções específicas para promover a segurança da mulher. O presente estudo tem como objetivo identificar as dimensões da cultura de segurança que influenciam a prática clínica dos enfermeiros obstetras.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, analítico e transversal, que foi orientado pela ferramenta *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁷. A amostra não probabilística de conveniência foi constituída por 70 enfermeiros obstetras de duas maternidades integradas em um centro hospitalar da região Centro de Portugal. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2018 e maio de 2019.

Nos critérios de inclusão, consideraram-se todos os enfermeiros que desenvolviam funções de prestação de cuidados diretos à grávida/puérpera. Nos critérios de exclusão, consideraram-se exercer funções como enfermeiro gestor e estar ausente temporariamente do serviço no período de coleta de dados devido a estar sob atestado médico, licença de férias ou outra licença.

Os dados foram coletados através de um questionário *ad hoc* que permitiu a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas) e a caracterização profissional (experiência profissional, experiência profissional na instituição atual, treinamento em segurança do paciente), integrando também o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – versão 1, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O HSOPSC, desenvolvido pela AHRQ, avalia a cultura de segurança e monitoriza a sua evolução, para promover mudanças e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde¹⁸. Este instrumento tem grande potencial para identificar os determinantes da cultura de segurança, englobando quarenta e dois itens, em forma de escala ordinal, do tipo Likert, graduada em cinco níveis: de 1 (discordo totalmente ou nunca) a 5 (concordo totalmente ou sempre).

O HSOPSC avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, que são agrupadas em três grandes categorias: no contexto da unidade, no contexto hospitalar e variáveis de resultados. As dimensões no contexto da unidade são: trabalho em equipe dentro das unidades (dimensão 1); expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente (dimensão 2); aprendizagem organizacional - melhoria contínua (dimensão 3); *feedback* e comunicação acerca do erro (dimensão 6); abertura na comunicação (dimensão 7); quantidade de profissionais (dimensão 10) e resposta ao erro não punitiva (dimensão 12). As dimensões no contexto hospitalar compreendem: o apoio à segurança do paciente pela gestão (dimensão 4); trabalho em equipe entre as unidades (dimensão 9) e transferências e transições (dimensão 11). As variáveis de resultados da cultura de segurança incluem: as percepções gerais sobre a segurança do paciente (dimensão 5); frequência da notificação de eventos (dimensão 8) e duas variáveis de item único, que são avaliadas separadamente (grau de segurança do paciente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses)¹⁹.

A versão original deste instrumento foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para o português de Portugal, sendo solicitada autorização à autora que efetuou a validação do instrumento²⁰. Após aprovação da comissão de ética integrada na Unidade de Inovação e Desenvolvimento - Centro

de Ensaio Clínicos e da Direção do centro hospitalar da região Centro de Portugal, os questionários foram entregues em papel, com pedido escrito de consentimento, reforçando o caráter anônimo e confidencial do tratamento dos dados. O consentimento informado incluiu a descrição do estudo, riscos, benefícios, confidencialidade, dados de contato pertinentes do pesquisador, participação voluntária e o direito de desistir a qualquer momento do estudo. Os questionários foram devolvidos em envelope fechado separadamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tendo em conta a população das duas maternidades (142 enfermeiros obstetras), foram entregues 125 questionários, sendo 70 devolvidos ao investigador, o que representa uma taxa de adesão de 56,0%, superando a meta mínima dos autores do instrumento, que seria de 50,0% de acordo com critérios da AHRQ¹⁹.

Os resultados do HSOPSC foram analisados e interpretados seguindo a metodologia proposta no guia do utilizador da AHRQ¹⁹. Os itens formulados negativamente foram invertidos (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11). Os autores da escala recomendam que, para facilitar a análise dos dados, todos os cinco níveis de resposta da escala ordinal tipo Likert original, sejam recodificados em 3 níveis de resposta (positivo, neutro, negativo). A percentagem de respostas positivas corresponde à combinação de possibilidades de resposta “concordo totalmente”, “concordo”, “sempre” e “na maioria das vezes” tendo em conta as questões efetuadas. O nível considerado “neutro” consiste no ponto médio da escala, correspondendo à combinação das respostas “não concordo nem discordo” e “às vezes” de acordo com o tipo de questão. A percentagem de respostas negativas corresponde à combinação de possibilidades de resposta “discordo totalmente”, “discordo”, “nunca” e “raramente” tendo em consideração as questões efetuadas.

As dimensões da cultura de segurança foram calculadas por meio da determinação da percentagem média (não ponderada) somente das respostas positivas dos itens de cada dimensão^{19,20}. A percentagem de respostas positivas aos itens foi considerada, dividindo o número de respostas positivas pelo número total de respostas (positivas, neutras, negativas). A AHRQ considera que avaliações positivas iguais ou superiores a 75,0% designam dimensões que representam áreas fortes da cultura de segurança e valores médios de respostas positivas iguais ou inferiores a 50,0% indicam dimensões problemáticas²¹.

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis de contexto profissional investigadas (tempo de experiência profissional e possuir treinamento em segurança do paciente) foram verificadas através da estatística inferencial. A estatística U de Mann-Whitney foi utilizada para análise inferencial, de forma a identificar os grupos que diferem estatisticamente entre si. Os grupos a comparação são constituídos por enfermeiros obstetras com tempo de experiência profissional inferior ou igual a 20 anos (n=33) e enfermeiros obstetras com tempo de experiência profissional superior a 20 anos (n= 37). O outro grupo a comparação refere-se à variável treinamento em segurança do paciente, com enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente (n=5) e enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente (n=65).

Relativamente à variável tempo de experiência profissional, nos testes de Mann-Whitney, as hipóteses foram elaboradas do seguinte modo: (hipótese nula) H_0 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que têm 20 ou menos anos de experiência e dos enfermeiros obstetras que têm mais de 20 anos, são idênticas (sendo $i = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11$ e 12) e (hipótese alternativa) H_1 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que têm 20 ou menos anos de experiência e dos enfermeiros obstetras que têm mais de 20 anos, não são idênticas (sendo $i = 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11$ e 12).

Quanto à variável treinamento em segurança do paciente, nos testes de Mann-Whitney, as hipóteses foram elaboradas do seguinte modo: (hipótese nula) H_0 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente e dos enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente, são idênticas

(sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12) e (hipótese alternativa) H_1 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente e dos enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente, não são idênticas (sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12).

Utilizámos o teste de Mann-Whitney, sendo os intervalos de confiança (IC) 95%, calculados para amostras Independentes de Diferença Mediana de *Hodges-Lehman*²².

Todos os testes consideraram um erro Tipo I de 5%²³. O programa de software IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 27.0, foi utilizado para a análise estatística dos dados²⁴.

RESULTADOS

A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (90,0%), com uma média de idade de 46 anos. A maioria dos participantes era casado ou vivia em união estável (61,4%). Quanto às habilitações académicas, 27,1% possuíam mestrado, e 71,4%, licenciatura em enfermagem. Quanto ao tempo de experiência profissional, 52,9% tinham mais de 20 anos de experiência e trabalhavam em média há 20 anos na instituição onde foi realizado o estudo. Apenas 7,1% dos enfermeiros participaram em treinamento sobre segurança do paciente, com temáticas relacionadas à qualidade e segurança, prevenção de quedas, infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança no trabalho. As demais características estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros obstetras. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70).

Variáveis	Média	Desvio Padrão
	n	(%)
Idade (anos)	45,5	9,0
Experiência profissional na instituição atual (anos)	19,58	8,9
Sexo		
Feminino	63	90,0
Masculino	7	10,0
Estado civil		
Solteiro	15	21,4
Casado(a)/União de Facto	43	61,5
Divorciado(a)	8	11,4
Viúvo(a)	4	5,7
Habilitações Académicas		
Bacharelato	1	1,4
Licenciatura	50	71,4
Mestrado	19	27,1
Experiência profissional		
<= 20 anos	33	47,1
> 20 anos	37	52,9
Experiência profissional na instituição atual		
<= 20 anos	39	57,7
> 20 anos	31	44,3
Treinamento em segurança do paciente		
Sim	5	7,1
Não	65	92,9

Relativamente às dimensões da cultura de segurança, as percentagens médias de respostas positivas variaram de 19,5% a 78,2%. A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” atingiu o *score* acima dos 75,0%, conforme mencionado pelos autores da escala²¹. As dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente”, “*feedback* e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação” apresentaram percentagens de respostas positivas entre 60,0% e 63,6%. Em seis dimensões, a percentagem média de respostas positivas ficou abaixo de 50,0%, conforme se pode visualizar na Tabela 2.

Este estudo constatou que 40,0% dos enfermeiros obstetras classificaram o grau de segurança do paciente como aceitável e 24,3% como fraco ou muito fraco, verificando-se que a maioria dos enfermeiros obstetras (85,7%) não notificou nenhum evento nos últimos 12 meses. As demais características estão descritas na Tabela 3.

Tabela 2 - Respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70).

Dimensões da cultura de segurança	nº itens	% média de respostas positivas
No contexto da unidade		
Trabalho em equipe dentro das unidades	4	78,2
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente	4	63,6
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	3	51,9
Feedback e comunicação sobre o erro	3	60,0
Abertura na comunicação	3	60,5
Quantidade de profissionais	4	35,7
Resposta ao erro não punitiva	3	19,5
No contexto hospitalar		
Apoio à segurança do paciente pela gestão	3	21,0
Trabalho em equipe entre unidades	4	40,4
Transferências e transições hospitalares	4	57,8
Variáveis de resultados da cultura de segurança		
Percepções gerais sobre a segurança do paciente	4	44,8
Frequência da notificação de eventos	3	21,0

Tabela 3 – Avaliação do grau de segurança do paciente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70).

Variáveis	n	(%)
Grau de segurança do paciente		
Muito fraco	1	1,4
Fraca	16	22,9
Aceitável	28	40,0
Muito bom	24	34,3
Excelente	1	1,4
Número de eventos notificados		
Nenhum	60	85,7
1 a 2 relatórios de eventos	9	12,9
3 a 5 relatórios de eventos	1	1,4

Quanto às variáveis experiência profissional e treinamento em segurança do paciente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões da cultura de segurança, conforme se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação das variáveis profissionais (experiência profissional, treinamento em segurança do paciente) com as dimensões da cultura de segurança do paciente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70).

Variável	Experiência Profissional (n=70)				Valor de p [†]	Treinamento em segurança do paciente (n=70)				
	<=20 anos (n=33)		>20 anos (n=37)			Não (n=65)		Sim (n=5)		Valor de p [†]
	Mediana	IC95% [†]	Mediana	IC95% [†]		Mediana	IC95% [†]	Mediana	IC95% [†]	
Dim. 1 [‡]	4,00	4,00;4,25	4,00	4,00;4,25	0,525	4,00	4,00;4,25	3,75	3,25;4,25	0,478
Dim. 2 [§]	3,75	3,75;4,00	3,50	3,25;4,00	0,371	3,75	3,75;4,00	3,25	3,00;4,00	0,247
Dim. 3	3,33	3,00;4,00	3,67	3,67;4,00	0,380	3,33	3,33;3,67	3,00	3,00;4,00	0,492
Dim. 4 [¶]	2,33	2,00;3,00	3,00	3,00;3,33	0,078	2,67	2,67;3,33	3,00	3,00;3,67	0,241
Dim. 5 ^{**}	3,00	2,75;3,75	3,00	2,75;3,50	0,493	3,00	2,75;3,50	2,75	2,25;3,75	0,801
Dim. 6 ^{††}	3,33	3,33;3,67	3,67	3,67;4,00	0,971	3,67	3,67;4,00	3,33	3,00;4,00	0,528
Dim. 7 ^{‡‡}	3,67	3,33;4,00	3,33	3,33;3,67	0,853	3,67	3,67;4,00	3,00	3,00;4,00	0,207
Dim. 8 ^{§§}	2,00	2,00;3,00	2,67	2,00;3,33	0,115	2,00	2,00;3,00	2,67	2,00;4,33	0,634
Dim. 9	3,25	3,25;4,00	3,25	3,25;3,75	0,201	3,25	3,25;3,75	3,25	3,00;4,00	0,604
Dim. 10 ^{¶¶}	2,75	2,50;3,25	3,00	3,00;3,50	0,317	3,00	3,00;3,25	2,75	2,25;3,00	0,172
Dim. 11 ^{***}	3,50	3,50;4,00	3,50	3,25;4,00	0,428	3,50	3,50;4,00	3,25	3,00;4,25	0,835
Dim. 12 ^{†††}	2,33	2,33;3,00	2,67	2,67;3,33	0,571	2,67	2,67;3,00	2,33	2,33;3,00	0,540

*De acordo com o teste de Mann-Whitney a 95% de confiança; [†]IC95% para amostras Independentes de Diferença Mediana de Hodges-Lehman; [‡]Dim. 1 = trabalho em equipe dentro das unidades;

[§]Dim. 2 = expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente; ^{||}Dim. 3 = aprendizagem organizacional - melhoria contínua; [¶]Dim. 4 = apoio à segurança do paciente pela gestão;

^{**}Dim. 5 = percepções gerais sobre a segurança do paciente; ^{††}Dim. 6 = feedback e comunicação acerca do erro; ^{‡‡}Dim. 7 = abertura na comunicação; ^{§§}Dim. 8 = frequência da notificação de eventos; ^{||||}Dim. 9 = trabalho em equipe entre unidades; ^{¶¶}Dim. 10 = quantidade de profissionais; ^{***}Dim. 11 = transferências e transições; ^{†††}Dim. 12 = resposta ao erro não punitiva

DISCUSSÃO

No presente estudo, apenas a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” atingiu a porcentagem de respostas positivas necessárias para ser considerada uma dimensão forte da cultura de segurança do paciente, obtendo um *score* de 78,0%²¹, sendo considerada uma dimensão que promove a cultura de segurança nas maternidades²⁵.

Uma boa interação entre as equipes, o apoio mútuo e o respeito repercutem positivamente na assistência obstétrica e permitem tomadas de decisão mais eficientes e precisas²⁶. No entanto, a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” foi considerada uma área frágil, com um *score* de 40,0%, dados idênticos à literatura internacional^{16,27}, possivelmente refletindo a falta de apoio e coordenação entre as unidades hospitalares.

A dimensão “expectativas e ações do supervisor/gestor” para a promoção da segurança do paciente apresentou uma porcentagem média de respostas positivas de 64,0%, o que sugere que os enfermeiros obstetras reconhecem o papel do supervisor na promoção da segurança do paciente. Estudos internacionais^{16,28} confirmam que o papel do supervisor/gestor promove uma cultura de aprendizagem, aumenta a conscientização e está associada ao aumento do envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos.

As dimensões “*feedback* e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação” obtiveram porcentagens médias positivas de 60,0%¹⁶, evidenciando que os profissionais de saúde são informados sobre os erros e discutem abertamente formas de preveni-los. Todavia, quando falamos de comunicação, não podemos esquecer a dimensão “transferências e transições hospitalares” que, apesar de obter uma porcentagem média de respostas positivas com um *score* de 57,8%, é uma área que necessita de intervenções de melhoria²⁵. Os profissionais de saúde defendem diretrizes e protocolos padronizados para comunicação eficiente do conteúdo das transferências nos serviços de obstetria, pois conhecem os riscos potenciais de transferências curtas, imprecisas ou incompletas, muitas vezes agravadas pela falta de tempo e recursos humanos reduzidos²⁹.

Discutir sobre riscos potenciais facilita a aprendizagem, incentiva as mudanças positivas e permite desencadear emoções e sentimentos nos profissionais, que todos os dias têm a enorme responsabilidade de prestar cuidados à mulher e ao recém-nascido³⁰. Contudo, neste estudo, a dimensão “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” obteve uma resposta positiva média de 51,9%, com resultados semelhantes aos encontrados em estudos internacionais, que mostram que uma proporção significativa de participantes não se encontra atualmente envolvido em iniciativas de qualidade e segurança^{25,31}. Os resultados desta dimensão revelam que os enfermeiros obstetras precisam trabalhar essa área com o objetivo de atingir ganhos efetivos, devendo demonstrar um compromisso autêntico para aprender com as situações de risco e usar essa aprendizagem para promover melhorias, em uma perspectiva integrada, por toda a equipe multiprofissional, fomentando uma cultura mais justa³².

No presente estudo, as dimensões “abertura de comunicação” e “*feedback* sobre o erro” obtiveram *scores* acima dos 50,0%, contudo, os enfermeiros obstetras continuam relutantes em notificar eventos adversos, como se verifica pela porcentagem média de respostas positivas significativamente baixo (21,0%) na dimensão “frequência de notificação de eventos”. Este resultado é explicado pelo elevado número de enfermeiros obstetras (86,0%) que não notificaram eventos nos últimos 12 meses. Também em uma investigação efetuada em 12 unidades obstétricas da Noruega, foi relatado que apenas uma fração muito pequena de eventos obstétricos graves foi notificada, porque essas unidades não têm uma cultura tradicional de notificação e aprendizagem acerca dos eventos¹⁵. Sabe-se que uma notificação transparente e correta da análise dos eventos adversos é pré-requisito para aprender, gerir riscos e aumentar a cultura de notificação¹⁵. Alguns estudos internacionais mostram que os motivos da subnotificação incluem sobrecarga de trabalho, esquecimento, desvalorização do erro e falta de *feedback* acerca dos eventos relatados³³.

A subnotificação de eventos adversos está associada à dimensão “resposta ao erro não punitiva”, que também obteve uma das porcentagens médias de respostas positivas mais baixas, com um *score* de 20,0%, o que se assemelha a estudos realizados em outros hospitais internacionais^{14,34}. O desconhecimento ou a falta de compreensão da equipe de enfermagem relativamente à possibilidade da ocorrência de erros na prestação de cuidados pode desencadear sentimentos de vergonha, culpa e medo, que podem ser agravados pela cultura punitiva ainda predominante nas instituições de saúde¹⁴. Um estudo norueguês em unidades de obstetria, revela a existência de uma cultura de culpa, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência de um erro¹⁵. As enfermeiras obstetras também relatam que os níveis de *stress* profissional aumentam pelo receio de processos jurídicos³⁵.

Em Portugal, a problemática da subnotificação de eventos pode estar associada ao fato de o sistema de notificação não salvaguardar a não identificação dos profissionais. Enquanto não existir uma regulamentação legal dos sistemas de incidentes em Portugal que assegure a confidencialidade e a não punibilidade das notificações, a notificação de um evento adverso pode ser utilizada como prova em um processo judicial³⁶.

A dimensão “quantidade de profissionais” também foi considerada uma área frágil da cultura de segurança, com uma porcentagem média de respostas positivas de 36,0%, resultados semelhantes também encontrados em um estudo europeu²⁵. Organizações com um número insuficiente de prestadores de cuidados de saúde enfrentam diversas consequências, como sobrecarga de trabalho, esgotamento e insônia, que, por sua vez, levam a uma menor qualidade no cuidado às mulheres⁸. Um número efetivo de enfermeiras obstetras é crucial para a segurança da mulher durante o parto, sendo que um volume de trabalho acima do adequado pode aumentar entre 8,0% a 34,0% as probabilidades da ocorrência de incidentes de segurança, intensificando a fadiga física e emocional dos prestadores de cuidados de saúde^{28,37}. Um estudo em uma unidade de obstetrícia e ginecologia também relatou insuficiência de pessoal nas unidades e a necessidade de efetuarem horas extras para resolver problemas de carência estrutural de profissionais de saúde¹⁶.

No presente estudo, a dimensão “percepções gerais de segurança do paciente” também teve uma porcentagem média positiva inferior a 50,0%, com um score de 48,0%, valores próximos de resultados de estudos internacionais^{27,33} e que evidenciam que nem sempre os procedimentos e os sistemas nas organizações de saúde são capazes de prevenir os erros e, por isso, existem problemas relacionados com a segurança do paciente.

A dimensão “apoio à segurança do paciente pela gestão” obteve uma média de respostas positivas de 21,0%, evidenciando que os enfermeiros obstetras reconhecem que a direção hospitalar não proporciona um ambiente de confiança e motivação nas instituições hospitalares e é pouco comprometida com a segurança do paciente. Se os gestores não estiverem comprometidos com a promoção de uma cultura de segurança, dificilmente os profissionais de saúde se sentirão comprometidos e responsáveis pela segurança do paciente¹⁴. As estruturas organizacionais rígidas são mencionadas pelas enfermeiras obstetras como uma barreira ao trabalho interprofissional eficaz, dificultando a promoção de uma cultura de segurança³⁰, sendo o apoio por parte da organização e dos gestores muito limitado para mudar práticas no local de trabalho em benefício das mulheres e recém-nascidos³⁸.

No presente estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável experiência profissional e as dimensões da cultura de segurança, no entanto, um estudo internacional evidencia que um maior tempo de experiência profissional está associado a maiores percepções de cultura de segurança do paciente nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor para promoção da segurança do paciente” e “aprendizagem organizacional-melhoria contínua”³⁹. Verifica-se contudo, que os valores das medianas são mais elevados nos enfermeiros obstetras com mais de 20 anos de experiência profissional, em seis das dimensões da cultura de segurança.

Relativamente à variável ter treinamento em segurança do paciente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com as dimensões da cultura de segurança do paciente, resultado que se poderia prever devido ao reduzido número de enfermeiros obstetras que fizeram treinamento em segurança do paciente. Contudo, podemos verificar que os enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente obtiveram valores de medianas mais elevados do que os enfermeiros obstetras que não efetuaram treinamento, nas dimensões “percepções gerais sobre a segurança do paciente”, “resposta ao erro não punitiva”, “transferências e transições” e “quantidade de profissionais”. Isto pode sugerir, caso a amostra fosse alargada, que poderíamos obter diferenças relativamente a esta variável, revelando que ter treinamento em segurança do paciente poderá proporcionar uma maior conscientização dos enfermeiros obstetras sobre a importância de recursos humanos e sistemas adequados para a segurança do paciente, da necessidade de mudança de uma cultura punitiva para uma cultura justa de aprendizagem com os erros e da valorização dos momentos de transferências e transições de cuidados.

A literatura menciona-nos que os conhecimentos e competências sobre cultura de segurança do paciente, adquiridos através de treinamento contínuo, estabelecido e sustentado pela gestão hospitalar, permitem prevenir erros e contribuir para uma abordagem mais objetiva dos incidentes ocorridos⁴⁰.

Como limitações deste estudo, referenciamos o tipo de amostra ser não probabilística, o que limitou a representatividade dos dados e impossibilitou a generalização dos resultados. Além disso, a avaliação da cultura de segurança poderá incluir o uso de abordagens qualitativas para permitir uma compreensão mais profunda das percepções dos enfermeiros obstetras e fornecer *insights* sobre áreas de melhoria.

Foram inúmeras as adversidades vivenciadas pelo investigador na distribuição e coleta de dados através dos questionários disponibilizados face-a-face. Alguns enfermeiros obstetras não se mostraram muito motivados para responder ao questionário, pois sentem que as suas opiniões não são valorizadas e nem conduzem a mudanças significativas na área de segurança.

Este estudo com enfermeiros obstetras de duas maternidades com características distintas revela contribuições importantes para o aumento do conhecimento sobre a cultura de segurança em unidades de assistência obstétrica, que servirá de base para o delineamento de intervenções que garantam uma assistência de enfermagem segura nas maternidades. Este estudo é essencial para avaliar continuamente a cultura de segurança, diagnosticando áreas vulneráveis, a fim de promover a qualidade e segurança da assistência à mulher, fornecendo dados importantes que podem ser úteis para discutir a problemática nos planos de ensino da licenciatura em enfermagem e do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

CONCLUSÃO

O trabalho em equipe dentro das unidades é uma dimensão forte na promoção da cultura de segurança nas maternidades. No entanto, seis dimensões foram consideradas problemáticas e com necessidade de intervenção prioritária: “resposta ao erro não punitiva”; “frequência da notificação de eventos”; “trabalho em equipe entre unidades”; “apoio à segurança do paciente pela gestão”; “quantidade de profissionais”; e “percepções gerais sobre a segurança do paciente”. As dimensões da cultura de segurança se influenciam mutuamente e são também influenciadas pelo treinamento dos enfermeiros obstetras.

Os dados do estudo expõem fragilidades nas instituições de saúde da assistência obstétrica que comprometem profissionais de saúde, gestores e supervisores, ao estabelecer abordagens e métodos de melhoria para reduzir o impacto na segurança da mulher e do recém-nascido. Deve investir-se na cooperação entre as unidades hospitalares, no dimensionamento de pessoal adequado, na promoção da notificação de eventos adversos e em uma cultura justa e transparente, para melhorar a segurança dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso 2023 Jan 23]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
2. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2022 Set 12]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C9BD8527DDBF8E39FD2ED39E31B321BE?sequence=1>

3. Torgal AL, Moura A, Madruga C, Cerejeira I, Miranda L, Santana S, et al. Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia [Internet]. 2017 [acesso 2023 Fev 4]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica2017_vf.pdf
4. Barradas A, Torgal AL, Gaudêncio AP, Prates A, Madruga C, Clara E, et al. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras [Internet]. 2015 [acesso 2023 Fev 4]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 [acesso 2023 Jan 23]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
6. Araújo A, Lima J, Néné M. Nascimento seguro. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 307-18.
7. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. Diário da República: 2.ª série, nº 187. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) [Internet]. 2021 [acesso 2021 Set 24];(187)96–103. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
8. Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam Province, Iran: A census survey using HSOPSC tool. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017 [acesso 2022 Set 29];27:268. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.268.9776>
9. The Joint Commission. Preventing infant death and injury during delivery - Sentinel Event Alert [Internet]. 2004 [acesso 2023 Fev 6]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_30.pdf
10. Famolaro T, Hare R, Yount N, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2021 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
11. Skoogh A. Patient safety in intrapartum care: Adverse events and healthcare professionals' perceptions of patient safety, patient safety culture and teamwork. Sweden: Karlstad University; 2022 [acesso 2023 Fev 6]. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1645030/FULLTEXT02.pdf>
12. Ribelienė J, Macijauskienė J, Tamelienė R, Kudrevičienė A, Nedzelskienė I, Blaževičienė A. Factors relating to a safety culture in the University Perinatal Center: the nurses' and midwives' perspective. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 1];19(16). Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph19169845>
13. Fragata J, Sousa P, Santos R. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2nd ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019. p. 17-36.
14. Carmo JMA do, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV de, Manzo BF, Guimarães G de L. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 1];73(5):e20190576. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
15. Johansen LT, Braut GS, Acharya G, Andresen JF, Øian P. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Dez 1];21(1):931. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12913-021-06956-6>

16. Ribeliene J, Blazeviciene A, Nadisauskiene RJ, Tameliene R, Kudreviciene A, Nedzelskiene I, et al. Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 28];32(19):3244-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/14767058.2018.1461831>
17. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Int J Surg* [Internet]. 2014 [acesso 2023 Jan 28];12(12):1500–24. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
18. Famolaro T, Dyer N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L, et al. Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf>
19. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
20. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Set 13];27(2):111–22. Disponível em: <http://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
21. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2004 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
22. Fay MP, Malinovsky Y. Confidence intervals of the Mann-Whitney parameter that are compatible with the Wilcoxon-Mann-Whitney test. *Stat Med* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Nov 30];37(27):3991-4006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/sim.7890>
23. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 8th ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk: IBM Corp. 2021
25. Rodríguez-García MC, Martos-López IM, Casas-López G, Márquez-Hernández VV, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women Birth* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 11];36(1):e10-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.002>
26. Rönnerhag M, Severinsson E, Haruna M, Berggren I. A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Mar 1];75(3):585–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13864>
27. Silva PL, Gouveia MTO, Magalhães RLB, Borges BVS, Rocha RC, Guimarães TMM. Patient safety culture from the perspective of the nursing team in a public maternity hospital. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 11];(60):440–51. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/en_1695-6141-eg-19-60-427.pdf
28. Thumm EB, Flynn L. The Five Attributes of a Supportive Midwifery Practice Climate: A Review of the Literature. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Maio 23];63(1):90-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12707>
29. Rickard F, Lu F, Gustafsson L, MacArthur C, Cummins C, Coker I, et al. Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Dez 1];22(1):784. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>

30. Ederer C, König-Bachmann M, Romano I, Knobloch R, Zenzmaier C. Midwives' perception of patient safety culture - A qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 23];71:33–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.020>
31. Gallen A, Kodate N, Casey D. How do nurses and midwives perceive their preparedness for quality improvement and patient safety in practice? A cross-sectional national study in Ireland. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 1];76:125–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.025>
32. Liberati EG, Tarrant C, Willars J, Draycott T, Winter C, Kuberska K, et al. Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jun 1];30(6):444–56. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010988>
33. Sanchis DZ, Haddad M do CFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 11];73(5):e20190174. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
34. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, dos Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Maio 20];30:e20200219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0219>
35. Wright EM, Matthai MT, Budhathoki C. Midwifery Professional Stress and Its Sources: A Mixed-Methods Study. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 23];63(6):660–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12869>
36. Bruno P. Segurança do doente e o direito. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. p.97–106.
37. Amiri A. Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 1];56:151343. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>
38. Catling C, Rossiter C. Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women Birth* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 1];33(5):464–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.008>
39. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the hospital survey on patient safety culture. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 20];137(3):216–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>
40. Schmiedhofer M, Derksen C, Keller FM, Dietl JE, Häussler F, Strametz R, et al. Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: Results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 12];18(3):915. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Cultura de segurança do doente - que será apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Brás, CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Coleta de dados: Brás CPC.

Análise e interpretação dos dados: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Discussão dos resultados: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MC, Ferreira MMC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Revisão e aprovação final da versão final: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a todos os enfermeiros obstetras pela participação neste estudo.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pela comissão de ética integrada na unidade de inovação e desenvolvimento – centro de ensaios clínicos e pelo conselho de administração do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, parecer nº 8742/2017.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Manuela Beatriz Velho, Maria Lúcia dos Reis Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 20 de dezembro de 2022.

Aprovado: 06 de abril de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cláudia Patrícia da Costa Brás

claudiabras@esenfc.pt