



Caracterização da equipe multiprofissional que atua na cultura de segurança do paciente em maternidades

Characterization of the multidisciplinary team that works in the patient safety culture in maternity hospitals

Caracterización del equipo multidisciplinario que trabaja en la cultura de seguridad del paciente en maternidades

Amanda da Silva Nascimento¹, Amuzza Aylla Pereira dos Santos¹, José Augustinho Mendes Santos¹, Wanderlei Barbosa dos Santos¹, Carla Andreia Alves de Andrade¹, Jayne Kelly Ferreira Porfírio¹, Alycia Antunes de Carvalho¹.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a equipe multiprofissional de saúde que atua na cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco e seu conhecimento sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente.

Métodos: Estudo descritivo quantitativo do tipo Survey, realizado em maternidade de referência para o atendimento a gestantes de alto risco. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** Nas características dos profissionais, a maioria é do sexo feminino, tem de 30 a 39 anos, grau de instrução pós-graduação, é auxiliar/técnico de enfermagem, 6 a 10 anos de trabalho na profissão, 6 a 10 anos de trabalho no hospital, 1 a 5 anos de trabalho na unidade de trabalho e de 20 a 39 horas semanais de trabalho na maternidade. **Conclusão:** Foi possível observar áreas de fragilidade e neutras, acerca das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente avaliadas pela equipe.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Equipe multiprofissional, Gestação, Enfermagem, Assistência.

ABSTRACT

Objective: To characterize the multidisciplinary health team that works in the patient safety culture in high-risk maternity hospitals and their knowledge about the dimensions of the patient safety culture.

Methods: Quantitative descriptive study of the survey type, carried out in a reference maternity hospital for the care of high-risk pregnant women. The instrument used for data collection was the *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Results:** Regarding the characteristics of the professionals, the majority are female, aged 30 to 39, have a postgraduate education level, are nursing assistants/technicians, have 6 to 10 years of experience in the profession, 6 to 10 years of experience in the hospital, 1 to 5 years of experience in the work unit and work 20 to 39 hours per week in the maternity hospital. **Conclusion:** It was possible to observe areas of weakness and neutrality regarding the 12 dimensions of the patient safety culture evaluated by the team.

Keywords: Patient safety, Patient care team, Pregnancy, Assistance.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar al equipo multidisciplinario de salud que trabaja en la cultura de seguridad del paciente en maternidades de alto riesgo y su conocimiento acerca de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. **Métodos:** Estudio descriptivo cuantitativo del tipo encuesta, realizado en una maternidad de referencia para la atención a gestantes de alto riesgo. El instrumento utilizado para la recolección de datos

¹ Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL.

fue la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente. **Resultados:** En cuanto a las características de los profesionales, la mayoría son del sexo femenino, con edad entre 30 y 39 años, tienen nivel de educación de posgrado, son auxiliares/técnicos de enfermería, tienen de 6 a 10 años de experiencia en la profesión, de 6 a 10 años de experiencia en el hospital, de 1 a 5 años de experiencia en la unidad de trabajo y trabajan de 20 a 39 horas semanales en la maternidad. **Conclusión:** Fue posible observar áreas de debilidad y neutralidad respecto a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente evaluadas por el equipo.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Grupo de atención al paciente, Embarazo, Asistencia.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, marcado por grandes mudanças físicas e emocionais para a mulher. Estima-se que cerca de 15% das gestações serão de alto risco em virtude de condições clínicas ou clínicas-obstétricas que podem modificar o curso da gestação, relacionando-se a uma maior probabilidade de desfechos desfavoráveis, pelos riscos associados a mãe e ao feto (FERNANDES JA, et al., 2020; PEREIRA AA, et al., 2023).

Na gestação, no que se refere à assistência nas maternidades, seja ela de risco habitual ou alto, pode modificar a configuração do processo de saúde doença, haver o risco de morte aumentado para o binômio, em que morrem mulheres e recém-nascidos, em sua grande maioria, por causas evitáveis, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2023).

Nesse contexto, quando a instituição possui a prática da Cultura de Segurança do Paciente (CSP), um dos componentes mais importantes é a da qualidade de serviços em saúde, pois as instituições que trabalham tendo esta dimensão como prioridade, tem seus serviços pautados com responsabilidade e atenção ao paciente e sua segurança, além de ser uma das maiores prioridades de estudos em saúde (KHOSHAKHLAGH AH, et al., 2019). Esta é essencial para a boa manutenção das práticas e assistência de saúde como um todo, principalmente, tendo em vista a qualidade do serviço e seus profissionais. Tendo em vista que a CSP é de extrema importância para a sucessão dos acontecimentos frente às demandas assistenciais, deve existir equipes de profissionais habilitados para tal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Sendo assim, os cuidados prestados pelos profissionais no contexto da gestação, parto e puerpério pela equipe multiprofissional, são de grande valor no que se refere à qualidade e segurança do paciente, visando diminuir todo o processo de morte e adoecimento por causas evitáveis. Assim, o presente estudo, traz como questão norteadora: Qual a caracterização da equipe multiprofissional de saúde que atua na cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco? Para responder à pergunta norteadora foi gerado o seguinte objetivo: caracterizar a equipe multiprofissional de saúde que atua na cultura de segurança do paciente em maternidades de alto risco e seu conhecimento sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa do tipo Survey. A pesquisa foi realizada em uma maternidade de referência para o atendimento a gestantes de alto risco do Estado de Alagoas. A escolha da maternidade foi realizada de forma intencional, optando por maternidade de ensino e conveniada exclusivamente a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais da equipe multiprofissional, lotados nos seguintes setores das maternidades: Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), Pré-parto (PP), Sala de Parto (SP), Centro Obstétrico/Cirúrgico (CO), Alojamento Conjunto (ALCON), Enfermarias de tratamento clínico. A população alvo foi identificada por meio da disponibilização das listas dos funcionários/residentes fornecidas pela gerência da unidade, totalizando 176.

Os profissionais da equipe multiprofissional que participaram do estudo, além de estarem lotados nos setores citados anteriormente, tiveram que atender os seguintes critérios de inclusão: prestar

assistência direta ao paciente, independente do vínculo empregatício com as maternidades (efetivo, contrato, serviço prestado, residentes), atuar na unidade há pelos menos 1 mês. Como critérios de exclusão: profissionais da equipe multiprofissional que estivessem de férias, de licença médica ou gestação durante o período da coleta de dados. Foram excluídos ainda, os profissionais que não foram encontrados no serviço após 3 tentativas.

Após aplicado os critérios de inclusão e exclusão foi criado uma segunda lista com os nomes dos profissionais e todos os constantes na lista foram convidados a participar da pesquisa, caracterizando-se como amostra não probabilística por conveniência.

O instrumento utilizado para coleta de dados desta pesquisa foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), traduzido e validado para o português para uso no Brasil por Cláudia Tartaglia Reis, em sua tese de doutorado intitulada “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (REIS CT, 2013). O instrumento validado está disponibilizado para domínio público no portal do PROQUALIS (<https://proqualis.net/>).

A coleta de dados foi realizada somente após a obtenção da carta de aceite da instituição envolvida e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alagoas sob o número 4.297.880 e CAAE: 37473520.0.0000.5013. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2020 a abril de 2021.

Com o início da coleta de dados, os profissionais foram abordados em seus locais de trabalho e, após os esclarecimentos sobre os objetivos e forma de participação, foram convidados a participar da pesquisa. Para aqueles que concordaram em participar do estudo foi entregue um envelope que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e uma via do instrumento de coleta de dados.

Foi realizada a análise dos dados descritos, provenientes da coleta de dados e estes foram quantificados e tabulados. Após a análise, como citado anteriormente, os instrumentos ainda foram revisados quanto à presença de respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. Em caso de respostas duplas, foi mantido a opção com maior escore. Quanto às respostas ilegíveis ou rasuradas, foram consideradas como informações ausentes na sentença.

Em seguida os dados foram tabulados em uma planilha Microsoft Excel 2016, por dupla digitação, para posterior correção de inconsistências e validação dos dados. Os dados foram submetidos a análise descritivas com frequência absoluta e relativa, seguindo as orientações da AHRQ contidas no *Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*, que é um manual destinado para orientar a aplicação e a análise da pesquisa (SORRA J, et al., 2019).

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no estudo, a **Tabela 1**, referem-se aos Características sociodemográficas e de trabalho da equipe multiprofissional de saúde atuantes em uma maternidade.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de trabalho da equipe multiprofissional de saúde atuantes em uma maternidade de referência para atendimento à gestante de alto risco.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	105	84,7
Masculino	19	15,3
Idade		
20 a 29 anos	11	8,9
30 a 39 anos	51	41,1
40 a 49 anos	46	37,1
50 anos ou mais	15	12,1
Ignorado	1	0,8
Grau de Instrução		
Ensino médio completo	12	9,7
Ensino superior incompleto	12	9,7
Ensino superior completo	22	17,7
Pós-graduação (Nível especialização)	67	54,0
Pós-graduação (Nível mestrado e doutorado)	11	8,9
Cargo/função		
Enfermeiro	32	25,8
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	62	50,0
Médico	25	20,2
Outros*	5	4,0
Tempo de trabalho na profissão		
Até 5 anos	17	13,7
6 a 10 anos	30	24,2
11 a 15 anos	26	21,0
16 a 20 anos	27	21,8
21 anos ou mais	18	14,5
Ignorado	6	4,8
Tempo de trabalho no hospital/maternidade		
Menos de 1 ano	13	10,5
1 a 5 anos	43	34,7
6 a 10 anos	51	41,1
11 a 15 anos	3	2,4
16 a 20 anos	6	4,8
21 anos ou mais	5	4,0
Ignorado	3	2,4
Tempo de trabalho na área/unidade de trabalho		
Menos de 1 ano	13	10,5
1 a 5 anos	49	39,5
6 a 10 anos	42	33,9
11 a 15 anos	6	4,8
16 a 20 anos	7	5,6
21 anos ou mais	4	3,2
Ignorado	3	2,4
Horas de trabalho por semana no hospital/maternidade		
Menos de 20 horas por semana	2	1,6
20 a 39 horas por semana	96	77,4
40 a 59 horas por semana	17	13,7
60 a 79 horas por semana	6	4,8
Ignorado	3	2,4

Fonte: Nascimento AS, et al, 2025.

Legenda: *= Assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas.

Após caracterização, foi realizado um agrupamento dos itens correspondentes a cada dimensão da CSP, para que a equipe fosse consultada com relação a elas. Assim, foram estabelecidas as médias percentuais por dimensão, segundo HSOPSC (**Tabela 2**), em que as respostas positivas, a partir de 75% denotam área de força para a equipe em CSP, área fragilizada quando as respostas positivas forem menores do que 50% e neutra, quando as respostas positivas estiverem entre 50 e 75%.

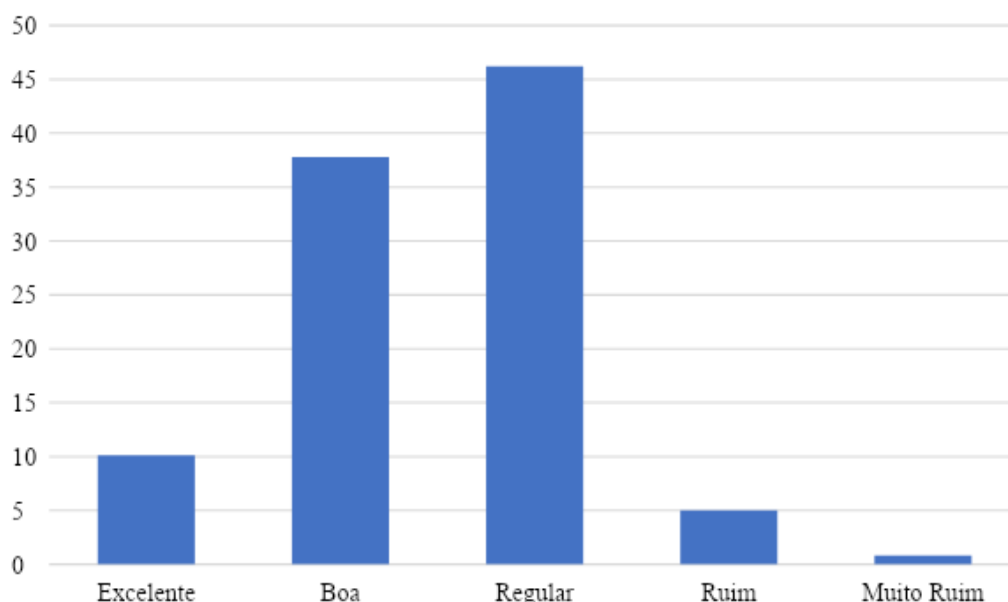
Tabela 2 - Distribuição das respostas negativas, neutras e positivas, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente.

Dimensão	Negativa (%)	Neutra (%)	Positiva (%)
Trabalho em equipe dentro da unidade(D1)	16,0	13,6	70,4
Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores(D2)	15,2	16,6	68,2
Aprendizado organizacional-melhoria contínua(D3)	15,6	17,2	67,2
Abertura para comunicação(D4)	15,7	26,1	58,2
Feedback e comunicação a respeito do erro(D5)	21,8	31,7	46,5
Respostas não punitiva aos erros(D6)	45,2	16,7	38,1
Staffing/Adequação pessoal(D7)	42,7	16,0	41,3
Apoio da gestão para a segurança do paciente(D8)	23,1	28,7	48,2
Trabalho em equipe entre as unidades(D9)	31,5	25,5	43,1
Passagem de plantão e/ou transferências internas(D10)	24,2	20,6	55,3
Percepções gerais sobre segurança do paciente(D11)	41,9	19,8	38,3
Frequência da notificação de eventos(D12)	38,7	25,3	36,0

Fonte: Nascimento AS, et al, 2025.

A nota de segurança do paciente foi avaliada através das respostas, mensurado por uma escala de cinco pontos, que varia de muito ruim (1) a excelente (5). Ao analisar a nota atribuída pelos profissionais de forma geral, observamos que 55(46,2%) percebem a segurança como regular e 45(37,8%) como boa (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Distribuição da nota de segurança do paciente atribuída à unidade de trabalho, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuantes em uma maternidade de alto risco de um hospital universitário federal.



Fonte: Nascimento AS, et al, 2025.

DISCUSSÃO

Em um contexto prático, o cuidado em saúde envolve a atuação de profissionais das mais diversas especialidades e áreas de atuação, o que caracteriza uma configuração de trabalho multiprofissional. Isso porque, dadas as particularidades clínicas de cada paciente, torna-se necessária a execução de técnicas e habilidades complexas existentes em cada ramo das profissões em saúde, como por exemplo: nutrição, enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia e entre outras (CHAKR VCBG, 2021).

Assim, o estudo busca evidenciar as características dos profissionais inseridos no serviço de maternidade, levando em conta que, a saúde da mulher tornou-se uma área de prioridade em termos de políticas de saúde, uma vez que se observou a necessidade de se desenvolver uma assistência humanizada a fim de atender a mulher em um contexto integral (CORDEIRO SN, et al., 2021).

Tal fato, consolidou-se a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que ampliou o conceito de saúde da mulher ao considerar outras circunstâncias fundamentais que influenciam as condições de saúde feminina, com: prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação com foco em ginecologia, pré-natal, parto, puerpério e outras demandas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Sendo assim, a considerar a gestação como fenômeno fisiológico, esse evento gravídico possui dinâmica particular, que varia conforme as condições da mulher. Nesse sentido, entende-se que o processo gestacional pode ser classificado em baixo risco, quando não se necessita da utilização de aparatos tecnológicos de alta complexidade em relação a mulher e ao bebê, e em alto risco, quando percebe-se que existe um quadro de evolução desfavorável que afeta a saúde do referido binômio (VIEIRA MVN, 2018).

Além disso, os trabalhadores inseridos em um contexto multiprofissional devem considerar uma abordagem pautada na comunicação efetiva entre todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde, de forma a prevenir agravos e garantir uma assistência de qualidade (SANTOS TO, et al., 2021).

Diante do exposto na **Tabela 1**, 84,7% dos profissionais são do sexo feminino, sendo a maior parte entre 30 e 39 anos. É fato que a maioria dos profissionais da equipe da enfermagem no Brasil são mulheres, em que este número ultrapassa 85%, quando comparado ao número de homens, conforme pesquisa publicada pela Fiocruz em conjunto com o Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Para mais, a maioria é especialista e ocupa o cargo de técnico/auxiliar de enfermagem, reiterando a qualificação destes profissionais, tendo em vista que a maior parte dos profissionais atuam no hospital/maternidade há 6 a 10 anos (**Tabela 1**). Tal fato, corrobora com o atual cenário da multiplicidade da equipe de enfermagem no âmbito da assistência à saúde, que corresponde a 70% da força de trabalho em saúde (FTS) no Brasil (OLIVEIRA APC, et al., 2020).

Ainda, como foi posto na **Tabela 1**, mais de 20% dos profissionais possuem de 16 a 20 anos de trabalho na profissão; mais de 75% trabalham de 20 a 39 horas por semana no hospital. Sendo assim, é possível inferir que os profissionais da equipe possuem experiência, podendo denotar maior segurança no processo de cuidar, entretanto, há também as questões relacionadas à atualização das práticas em saúde, como também o contexto dos vícios que por muitas vezes são propagados ao longo do tempo.

Por outro lado, entende-se por segurança do paciente, a redução dos riscos de danos ou lesões causadas durante a assistência em saúde para uma quantidade mínima aceitável (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). No Brasil, a questão sobre segurança do paciente passou a ser elaborada a partir do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), esse por sua vez, institucionalizado por meio do Ministério da Saúde em 2013 em sua Portaria nº 529. Dessa forma, a portaria buscou estabelecer a produção de medidas promotoras do melhor cuidado em saúde, como por exemplo, a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em todas as instituições de saúde no país e o desenvolvimento de protocolos e documentos voltados a essa referida temática (VILLAR VCFL, et al., 2020; ANDRADE AM, et al., 2020).

Em contrapartida, no que se refere a saúde materna, as normativas sobre segurança do paciente tornaram-se mais rigorosas a partir de 2014 com a publicação do documento Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade, a fim de priorizar uma assistência dissociada de riscos durante esse contexto reprodutivo e toda sua dinâmica, a considerar o potencial de danos passíveis de prejuízo ao binômio (STREFLING ISS, et al., 2018).

Nesse sentido, a dimensão mais cotada como positiva, com pouco mais de 70% dos votos, foi a D1, que trata do trabalho em equipe na unidade (**Tabela 2**), porém, por não ultrapassar 75%, não caracteriza área de força. A maior parte das dimensões ficou abaixo de 50%, com destaque para as dimensões de resposta não punitiva ao erro, percepções gerais sobre SP e frequência da notificação de eventos, que possuíram os maiores percentuais para respostas negativas e os menores para positivas.

Já com relação aos eventos adversos, esses por sua vez, podem ser definidos como sendo um tipo de incidente oriundo de um ato intencional (violação) ou não intencional, que acomete o paciente durante o cuidado em saúde e resulta em dano de forma temporária ou permanente (OLIVEIRA NPG, et al., 2023; MENDES W, 2019).

Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desenvolveu o chamado Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (NOTIVISA), a fim de permitir a realização de notificações sobre esses incidentes em duas instâncias, sendo uma para os profissionais que atuam na área de segurança do paciente, e outra para os cidadãos em geral (VILLAR VCFL, et al., 2021).

Ainda, nessa mesma perspectiva, os autores Villar; Martins e Rabello (2021), realizaram uma pesquisa a qual permitiu identificar que os eventos adversos notificados correspondem em maior quantidade ao uso de medicamentos, queda e infecções relacionadas à assistência à saúde respectivamente. Também, as consequências desses eventos acarretam danos que impactam a qualidade da assistência, podendo resultar em sequelas permanentes, maior tempo de internação e até mesmo óbitos (VILLAR VCFL, et al., 2021).

Nesse sentido, ao considerar as mulheres como parte do perfil mais acometido pelos eventos adversos, o Ministério da Saúde recomenda a organização dos serviços que prestam assistência a esse público e mais especificamente se tratando do período gestacional. Orienta-se a realização de uma estratificação de risco obstétrico, logo na primeira consulta da gestante e prosseguir de forma contínua com o suporte de uma equipe multiprofissional (VILLAR VCFL, et al., 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A melhor organização dos gestores e profissionais corrobora para a assistência com o mínimo de ocorrência de EA, como respostas não punitivas aos erros, percepção geral da segurança do paciente, trabalho em equipe, até mesmo as expectativas e ações do supervisor para a promoção de segurança do paciente e o dimensionamento de pessoal (SERRANO ACFF, et al., 2019).

Vale ressaltar que, embora a notificação dos incidentes tenha se tornado obrigatória no país desde 2014, percebe-se que a incidência dos eventos adversos, assim como a notificação desses, ainda se apresenta de maneira pouco elaborada no Brasil. Fato que pode ser confirmado a partir das respostas da frequência da notificação de eventos (D12), conforme **Tabela 2**, nas quais, apenas 36% dos profissionais, julgaram como positiva a notificação destes eventos adversos (MAIA CS, et al., 2018).

Para Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), em uma pesquisa realizada sobre a subnotificação dos eventos adversos, a sobrecarga de trabalho, esquecimento, desvalorização dos EAs associada aos sentimentos de medo e vergonha, se apresentam como fatores determinantes quanto à não notificação dos eventos adversos. Sendo assim, é primordial a utilização da resposta não punitiva frente aos erros, já que pode haver a subnotificação dos eventos adversos, impossibilitando o reconhecimento e a posterior proposição de medidas, não havendo o conhecimento da causalidade destes (ALVES MF, et al., 2019).

Ademais, na distribuição da nota de segurança do paciente atribuída à unidade de trabalho, grande parte da equipe sugeriu como boa a nota de segurança do paciente, entretanto, a maior parte dos profissionais conferiu nota regular para a realidade na qual estão inseridos, de acordo com suas convicções e julgamento profissional. O que reitera a demanda de maior atenção às questões relacionadas ao conhecimento destes profissionais.

CONCLUSÃO

O presente estudo nos revela que a caracterização das equipes multiprofissionais que atuam na maternidade de alto risco é maioria do sexo feminino, tem idade de 30 a 39 anos, possui grau de instrução pós-graduação (nível de especialização), tem cargo/função de auxiliar/técnico de enfermagem, 6 a 10 anos de trabalho na profissão, 6 a 10 anos de trabalho no hospital/maternidade, 1 a 5 anos de trabalho na área/unidade de trabalho e de 20 a 39 horas semanais de trabalho no hospital/maternidade. Já com relação ao conhecimento sobre as dimensões, foi possível notar que, nenhuma das 12 dimensões foi considerada como área de força. Observa-se ainda que apenas 5 dimensões receberam mais de 50% de respostas positivas, sendo a dimensão “Trabalho em equipe dentro da unidade” com o maior percentual de respostas positivas. Foram 7, as dimensões com percentuais de respostas positivas menor que 50%, o que indica área enfraquecida, conforme instrumento utilizado, sendo a dimensão “Frequência da notificação de eventos”, com o menor percentual de resposta positiva.

REFERÊNCIAS

1. ALVES MF, et al. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Cien Saúde Colet*, 2019; 4(8): 2895-2908.
2. ANDRADE AM, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigil Sanit Debate*, 2020; 8(4): 37-46.
3. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acessado em: 17 de janeiro de 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acessado em: 20 de janeiro 2024.
5. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acessado em: 20 de janeiro de 2024.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RESOLUÇÃO-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília. Seção 1, Pág. 36, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acessado em: 20 de janeiro 2024.
7. CHAKR VCBG. Trabalho em equipe na área da saúde. *Clin Biomed Res.*, 2021; 41(3): 254-58.
8. CORDEIRO SN, et al. Desafios e perspectivas de uma equipe multiprofissional em um ambulatório de atenção à saúde da mulher. *Tempus Actas Saúde Colet.*, 2021; 12(2): 259-71.
9. FERNANDES JA, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(5): e00120519.
10. KHOSHAKHLAGH AH, et al. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res.*, 2019; 30: 19(1): 1009.
11. MAIA CS, et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*, 2018; 27(2): e2017320.
12. MENDES W. Taxonomia em segurança do paciente. 2ª ed. rev. updt. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019; 59-73.
13. OPAS. Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/declaracao-conjunta-sobre-reducao-da-morbilidade-e-mortalidade-materna>. Acessado em: 19 de fevereiro de 2024.

14. PEREIRA AA, et al. Representações sociais de mulheres grávidas sobre a gestação de alto risco: repercussões para assistência pré-natal. *Rev Esc Enferm USP*, 2023; 57: e20220463.
15. REIS CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 205 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
16. SORRA J, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2019.
17. SANTOS TO, et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *RevMult Psic.*, 2021; 15 (55): 159-68.
18. STREFFLING ISS, et al. Segurança do Paciente no Contexto da Maternidade: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*, 2018; 86(24).
19. SERRANO ACFF, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico brasileiro. *Reme*, 2019; 23.
20. OLIVEIRA APC, et al. O Estado da Enfermagem no Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2020; 28: e3404.
21. OLIVEIRA NPG, et al. Ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem: revisão integrativa. *Enferm Bras.*, 2023; 22(1): 103-117.
22. VILLAR VCFL, et al. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cad Saude Publica*, 2020; 36(12): e00223019.
23. VIEIRA MVN. Humanização no acolhimento às gestantes atendidas no HUPAA-AL, com enfoque na orientação do fluxo de atenção à saúde no município de Maceió. 2018. 45 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
24. VILLAR VCFL, et al. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. *Epidemiol Serv Saúde*, 2021; 30(4): e2021005.