

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KARIN MADELEINE GODARTH



PROTÓCOLO MATERNIDADE SEGURA: UMA PROPOSTA PARA SERVIÇOS DE RISCO HABITUAL

CURITIBA

2019

KARIN MADELEINE GODARTH

PROTOCOLO MATERNIDADE SEGURA: UMA PROPOSTA PARA
SERVIÇOS DE RISCO HABITUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de mestre. Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Silvana Regina Rossi
Kissula Souza

Coorientadora: Prof^a Dr^a Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2019

Godarth, Karin Madeleine

Protocolo maternidade segura [recurso eletrônico]: uma proposta para serviços de risco habitual / Karin Madeleine Godarth – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado profissional) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Coorientadora: Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Políticas públicas. 2. Saúde da mulher. 3. Assistência à saúde materno-infantil.
4. Segurança do paciente. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Trigueiro, Tatiane Herreira. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.24




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001015073P0


TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado Profissional de **KARIN MADELEINE GODARTH**, intitulada: **PROTOCOLO MATERNIDADE SEGURA: UMA PROPOSTA PARA SERVIÇOS DE RISCO HABITUAL**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 23 de Abril de 2019.


SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Presidente da Banca Examinadora


ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ
Avaliador Interno (UFPR)


EFIGÊNIA APARECIDA MACIEL DE FREITAS
Avaliador Externo (UFU)

Dedico com carinho à minha mãe Edite e minha irmã Chris, pelo apoio e incentivo que sempre me deram.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Rossi Kissula Souza e à minha co-orientadora Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro cuja compreensão, paciência e conselhos infundáveis me ajudaram a chegar até aqui.

Também agradeço, com carinho, à minha família e amigos, que souberam compreender que minhas ausências me levavam na direção da concretização de um sonho.

Além disso, agradeço à todas as professoras e colegas de curso que me acompanharam e, que por vezes, ladrilharam o caminho que me guiou até o desfecho dessa jornada.

E, por fim, agradeço aos médicos Dr. Pedro Gren, aos fisioterapeutas Dr. Guilherme e Dr. Henrique, aos meus colegas da equipe de enfermagem do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira, à nutricionista Dr.^a Alessandra, aos meus professores Luly Martins e Filipe Hideo Tukasoki, que no processo de doença pelo qual passei durante o mestrado, me levaram à reabilitação e cura do corpo e da alma.

A todos os que sofrem e estão sós,
doe sempre um sorriso de alegria.
Não lhes proporcione apenas os vossos
cuidados, mas também o vosso coração.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O presente estudo apresentou um protocolo de maternidade segura para serviços obstétricos de risco habitual. Trata-se de estudo metodológico que utiliza os conhecimentos existentes a fim de elaborar uma nova intervenção ou melhorar um instrumento. O estudo foi desenvolvido no período agosto de 2016 à março de 2019. Para descrever as etapas para a elaboração do protocolo foi utilizado o Guia de Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem que determina como ETAPA 1- a origem, a qual define qual instituição emitirá o protocolo; ETAPA 2- objetivos do protocolo que determinam qual categoria de paciente abrangerá e qual profissional irá aplicá-lo; ETAPA 3- definição do grupo de desenvolvimento, nos quais participam especialistas da área e com experiência em metodologia científica, os quais descrevem o trabalho; ETAPA 4- aplicação da declaração de conflitos de interesses, aos participantes; ETAPA 5- apresentação das evidências científicas que justificam a proposta; ETAPA 6- revisão do protocolo por expertise externos ao grupo elaborador, com sua aprovação; ETAPA 7- indicadores de resultado, que certificam a eficácia do protocolo; ETAPA 8- validação do protocolo pelos profissionais, pois garante que o mesmo seja aceito e utilizado; ETAPA 9- validação pelo usuário e gestores de maternidade, que podem ser consultados junto à etapa de desenvolvimento. Os resultados da pesquisa apresentaram o Protocolo Maternidade Segura: uma proposta para serviços de risco habitual e reuniu os instrumentos relevantes, existentes e válidos em território nacional para a segurança do paciente com o objetivo de auxiliar os serviços hospitalares de risco habitual a organizarem seus serviços com vistas à melhoria da qualidade prestada e pautado nos princípios da segurança. Concluiu-se que a construção do protocolo sistematizou a utilização de documentos relevantes nos serviços de obstetrícia brasileiros a fim de auxiliar na redução da mortalidade materna e infantil e propiciar melhoria no atendimento e segurança ao binômio no processo de parto e nascimento.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde da mulher. Saúde materno-infantil. Segurança do paciente.

ABSTRACT

The present study presented a safe maternity protocol for usual risk obstetric services. It is a methodological study that uses existing knowledge in order to elaborate a new intervention or to improve an instrument. The study was developed from August 2016 to March 2019. In order to describe the steps for the elaboration of the protocol, the Nursing Assistance Protocols Construction Guide was used, which determines as STAGE 1- the origin, which defines which institution will issue the protocol; STEP 2 - protocol objectives that determine which category of patient will cover and which professional will apply it; STEP 3 - definition of the development group, in which experts from the field participate and with experience in scientific methodology, who describe the work; STAGE 4 - application of the declaration of conflicts of interest, to the participants; STAGE 5 - presentation of the scientific evidence that justifies the proposal; STAGE 6 - review of the protocol for expertise outside the drafting group, with its approval; STAGE 7 - outcome indicators, which certify the effectiveness of the protocol; STEP 8 - validation of the protocol by professionals, since it guarantees that it is accepted and used; STAGE 9 - user validation and maternity managers, which can be consulted at the development stage. The research results presented the Safe Maternity Protocol: a proposal for standard risk services and gathered the relevant instruments, existing and valid in the national territory for patient safety with the objective of assisting hospital services of habitual risk to organize their services with to the improvement of quality and based on the principles of safety. It was concluded that the construction of the protocol systematized the use of relevant documents in the Brazilian obstetrics services in order to help reduce maternal and infant mortality and provide an improvement in care and security to the binomial in the process of childbirth and birth.

Keywords: Public health policies of women. Maternal and child health. Patient safety.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO SEGUNDO PIMENTA <i>ET AL</i>	32
FIGURA 2 - MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE ACIDENTES ORGANIZACIONAIS DE JAMES REASON	52
FIGURA 3 - PÁGINA DE CADASTRAMENTO DO NEAR MISS.....	54

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PLANO DE SEGURANÇA 5W2H.....	58
QUADRO 2 - MATRIZ DE PLANEJAMENTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO A&CR NA MATERNIDADE	62
QUADRO 3 - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM GESTANTES E PUÉRPERAS	69
QUADRO 4 - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA GLICEMIA	69
QUADRO 5 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA.....	69
QUADRO 6-SUGESTÃO DE PERGUNTAS PARA ABORDAGEM DE PACIENTE SOBRE DOR.....	70
QUADRO 7 - PONTOS DE PAUSA	84
QUADRO 8 - EXIGÊNCIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO	95
QUADRO 9 - CHECKLIST CESARIANA SEGURA.....	97
QUADRO 10 - EVENTOS SENTINELA	99
QUADRO 11- NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A OBSTETRÍCIA	100
QUADRO 12-CONDIÇÕES ASSOCIADAS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO AO NASCER	102
QUADRO 13 - MATERIAL NECESSÁRIO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO.....	103
QUADRO 14 - MATERIAL NECESSÁRIO EM CADA MESA DE REANIMAÇÃO NEONATAL	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
EA	- Eventos adversos
ES	- Evento Sentinela
GED	- Grupo Elaborador das Diretrizes
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	- Ministério da Saúde
MM	- Mortalidade Materna
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
ODM	- Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBE	- Práticas Baseadas em Evidências
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	- Paraná
PSP	- Plano de Segurança do Paciente
RC	- Rede Cegonha
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCI	- Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO JUSTIFICATIVA.....	19
1.2 OBJETIVOS.....	21
1.2.1 Objetivo geral.....	21
1.2.2 Objetivos específicos.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EM SAÚDE DA MULHER.....	22
2.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E MODELOS DE ATENÇÃO.....	25
2.3 MATERNIDADE SEGURA.....	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO.....	31
3.2.1 Elementos para Elaboração de Protocolo.....	32
4 RESULTADO	36
4.1 PROTOCOLO.....	39
5 DISCUSSÃO	114
6 CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS	119
ANEXO 1 - DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE	125
APÊNDICE 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	126
APÊNDICE 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	127

1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a questão da segurança do paciente é parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial (BRASIL, 2014a), pois, em tais ambientes, as chances de erro são consideravelmente altas. Eventos adversos (EA) e danos involuntários acontecem com os pacientes durante a prática clínica de rotina, ou como resultado de uma decisão clínica (BRASIL, 2014a).

Muitos países já reconheceram a importância da segurança do paciente, e estão desenvolvendo maneiras e abordagens para melhorar a qualidade e a segurança na assistência em saúde. Eles também aceitaram a importância de instruir os profissionais de saúde sobre os princípios e os conceitos em segurança do paciente. Percebe-se, dessa maneira, o quanto é necessário fortalecer competências para os profissionais que acompanhem as complexidades do sistema e as exigências dos requisitos da força de trabalho em enfermagem (BRASIL, 2014a).

Considerando que a mortalidade materna (MM) ainda é alta no país, as maternidades vêm aprimorando, nas últimas décadas, seus serviços com a instauração de protocolos de segurança. Em tempo, é considerada morte materna quando ocorre o óbito da mulher durante a gravidez, parto ou período puerperal, sendo esse o período até o 42º dia do parto ou aborto (CID 10-OMS).

Apesar da redução de aproximadamente 44% da taxa de MM mundial (número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) ocorrida nos últimos 25 anos, ainda estamos aquém da meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que exige a redução de pelo menos 75% das mortes maternas, até 2030 (WHO, 2015).

Em uma estimativa mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) supôs que 10,7 milhões de mulheres morreram, entre 1990 e 2015, devido a causas maternas. Porém, houve uma redução média das mortes em todo o mundo de 3% (de 2,1% a 3,4%) por ano entre 2000 e 2015. Por exemplo, a Nigéria teve uma redução estimada de MM, entre 1990 e 2015, de 39,7% (WHO, 2015).

A taxa de MM é mais baixa em países desenvolvidos, por exemplo, como na França. Mas, ainda sim, com cerca de 10 mortes para cada 100.000 nascimentos (ou seja, 10/100.000), sendo a hemorragia, a causa mais observada nesse país. Nos Estados Unidos, a taxa é de aproximadamente 13,3 a 24/100.000 nascidos

vivos (NV), com tendência crescente em mortes causadas por hemorragia pós-parto (SOUZA *et al*, 2014).

Os ODS, descritos na Agenda 2030¹, exigem a aceleração dos progressos, para alcançar a taxa de MM global de 70/100.000NV, ou menos, até 2030. A meta exige que os países reduzam a MM em pelo menos 7,5%, a cada ano, entre 2016 e 2030 (ONUBR, 2019).

Pode-se ressaltar que houve redução entre 2000 e 2015. Assim, países como o Camboja (que teve redução de 7,4% para 5,5%), Ruanda (de 8,4%; para 6,5%) e Timor-Leste (de 7,8%; para 5,7%) mostram que a redução da MM é um objetivo alcançável (ONUBR, 2019).

Além disso, a OMS (WHO, 2015) publicou estratégias para acabar com a MM evitável, estabelecendo estes cinco objetivos abaixo:

1. Abordar as desigualdades no acesso e na qualidade dos direitos sexuais e reprodutivos, e cuidados de saúde para recém-nascidos (RNs);
2. Assegurar a cobertura universal de saúde sexual e reprodutiva e cuidados de saúde para RNs;
3. Identificar e discutir todas as causas de MM, morbidades maternas e deficiências relacionadas;
4. Fortalecer os sistemas de saúde para atender às necessidades e prioridades das mulheres;
5. Assegurar atendimento de qualidade e equidade .

Também existem fatores que impulsionam o sucesso na redução da MM, tais como melhorias na qualidade do atendimento, planejamento, políticas públicas, estruturas físicas, fluxos, empoderamento de mulheres, garantia dos direitos humanos (WHO, 2015).

Sabe-se que os países que conseguiram reduzir a MM são aqueles onde prevalecem gestantes com HIV, surto de doença do vírus Ébola, de 2014-2015, como na Libéria. Na Austrália, a MM entre as mulheres aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres foi quase três vezes superior à das mulheres não indígenas, por

¹ A Agenda 2030 é um documento assinado, na sede da ONU, contendo um plano de ação que visa a melhoria das condições de vida e saúde de todas as pessoas do mundo, em especial, dos menos favorecidos. Na ocasião (setembro de 2015), 193 países foram signatários da Agenda, que contem os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, desdobrados em 169 metas. (Nota da autora)

sua vulnerabilidade. No México, foi possível observar que as mortes maternas tardias foram responsáveis por até 15% da MM total (WHO, 2015).

A hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo. Ela inclui a hemorragia ante-parto, a durante o parto e a hemorragia pós-parto, sendo que a principal causa de MM, nos países em desenvolvimento, é a hemorragia pós-parto, que afeta cerca de 1% das grávidas (WHO, 2015).

A taxa de MM no Brasil era de 52 a 75/100.000NV. Dados de 2007 sugerem que 23% da MM se devem a doenças hipertensivas e 8% à hemorragia, cujas principais causas são: aborto, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ruptura uterina, trauma, coagulopatia e hemorragia pós-parto (SOUZA *et al*, 2014).

Já, no Estado do Paraná, é possível verificar que a razão da MM no ano de 2011 foi de 51,7/100.000NV com queda progressiva, chegando a 41,7/100.000NV em 2016 (PARANÁ, 2018).

De 2011 a 2016 a maioria das MM foi devida às causas obstétricas diretas, com uma média de 43,8%, e 22,4% foram por causas indiretas. Dentre as causas obstétricas diretas, se destacaram, por primeiro as hemorragias, seguidas de eclampsia. Dentre as causas indiretas, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (PARANÁ, 2018).

De acordo com a OMS, em 2015, aproximadamente 308.700 mulheres morreram no mundo por causas obstétricas diretas ou indiretas. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, (2016), a razão da MM (RMM) foi de 61 óbitos maternos para cada 100.000NV (ou seja, 61/100.000NV), sendo que a meta estabelecida pelos ODS é de 35/100.000NV. É importante ressaltar que, segundo o Guia da OMS, a taxa de MM depende substancialmente da qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e pós-parto, bem como do nível de desenvolvimento do país (WHO, 2015).

Com o objetivo de padronizar e qualificar a assistência, e a fim de promover a saúde do binômio mãe-bebê, a OMS publicou em 1996 o documento "*Care in Normal Birth: a practical guide*"², um guia baseado em evidências científicas, contendo as recomendações mais seguras sobre a prática profissional durante o parto e nascimento, muitas das quais foram validadas pelo MS e adotadas nos

² *Care in Normal Birth: a practical guide*: "Cuidado no Parto Normal: um guia prático", em tradução livre.

serviços de obstetrícia, resultando em portarias e resoluções atualmente utilizadas através da estratégia Rede Cegonha (RC), desde 2011 (SOUZA *et al*, 2014).

Sabe-se que a morte materna é considerada um “evento sentinela” (ES) e sua ocorrência alerta para o fato de que pode haver falhas nos cuidados prestados. Falhas essas que envolvem desde as ações educativas durante a gestação, o apoio nutricional, a imunização, os exames laboratoriais e o apoio social até a assistência obstétrica oferecida, seja essa última, com relação à estrutura ou com erros no processo de trabalho em ambientes hospitalares. Sendo assim, a unidade, onde o fato ocorreu, deve deflagrar um conjunto de medidas para que as causas sejam esclarecidas e corrigidas. Percebe-se, dessa maneira, que a MM constitui-se em um importante indicador da qualidade do sistema de saúde, em especial, relacionada ao acesso aos serviços, à adequação e à oportunidade do cuidado (BENAGIANO; THOMAS, 2003).

Segundo Geller e colaboradores (2004), entre a gestação saudável e a morte materna há um *continuum* de resultados não fatais, os quais são tão importantes quanto os fatais. Portanto, segundo esses autores, a segurança deve incluir os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos em todo o período perinatal.

Segundo a classificação da OMS (1996), outro fator importante, é o *near miss*³, sendo esse um incidente que não atingiu o paciente, mas que diz respeito às situações nas quais as mulheres apresentam complicações, potencialmente letais, durante a gravidez, parto ou puerpério, e sobrevivem em razão do acaso ou do cuidado de saúde prestado.

Assim, tanto o *near miss* quanto a morte materna, considerando EA, estão relacionadas também às causas obstétricas diretas ou indiretas. As diretas são consideradas aquelas inteiramente ligadas à gestação, parto e puerpério, já as indiretas são consideradas decorrentes de doenças pré-existentes, que se desenvolveram em decorrência da gestação ou se agravaram por causa dela (BRASIL, 2014a).

Callaghan *et al* (2008) afirmam que a morbidade materna grave, ou *near miss* materno, é 50 vezes mais comum que a morte materna e pode causar danos importantes, muitas vezes de caráter permanente.

³ *Near miss*: “quase morte”, em tradução livre.

Sabendo disso, em 2011, o MS lançou como estratégia a RC, que teve como objetivo implementar uma cadeia de cuidados para garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o nascimento seguro, incluindo o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança até seu segundo ano de vida (BRASIL, 2011). Essa estratégia, proposta pela RC, tem como filosofia a atenção humanizada, segura e de qualidade, garantindo respeito e dignidade à mulher.

Apesar disso, hoje, o modelo assistencial obstétrico predominante nas maternidades brasileiras é o tecnocrático, com condutas intervencionistas e pautado no uso excessivo de tecnologia. Nesse cenário, percebe-se que, para que aconteça a mudança na atenção obstétrica de forma efetiva, faz-se necessário a mudança de paradigma, associada à cooperação e ao trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com práticas baseadas em evidências (PBE) científicas, organização dos serviços de saúde em rede e gestão participativa (BRASIL, 2014a).

Desta-se que um dos principais objetivos da RC, além de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, é reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Dentro das diretrizes da RC, está o trabalho multiprofissional; na dimensão da prática assistencial, está o enfermeiro obstetra. Conforme resolução do COFEN-0516/2016 este profissional é capacitado para atender parto sem distócia, bem como também responsável pela gestão do cuidado, capaz de assegurar a qualidade da assistência, coordenação do cuidado multiprofissional e gerenciamento de processos de qualidade, haja vista a importância da avaliação e monitoramento do cuidado oferecido à mulher. Assim, é imprescindível que os serviços obstétricos se apropriem do arcabouço teórico conceitual da qualidade em saúde e segurança do paciente, com a devida:

[...] incorporação de métodos para conhecer e monitorar sua assistência, implementar práticas a fim de prevenir incidentes, capacitar as equipes de saúde e criar um ambiente voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança da mulher e seu bebê para propiciar a maternidade segura e consequentemente o nascimento seguro (BRASIL, 2014a).

Segundo a Portaria GM/MS nº 529/2013, a prevenção da morbimortalidade materna e infantil ocorre por meio da desenvolvimento da cultura da segurança, ancorada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem

como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Assim, é preciso o engajamento da equipe multiprofissional capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde (BRASIL, 2014b).

Dessa maneira, entende-se que para que haja assistência obstétrica qualificada é preciso que ocorra a identificação de EA e que isso leve a discussões dos processos assistenciais, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência às mulheres em processo de parturição. Dessa forma, com vistas à segurança no atendimento, faz-se necessário a mudança no modelo assistencial obstétrico, pautando-se no modelo humanístico, propiciando ambiente acolhedor, bem como a elaboração de protocolos que direcionem o profissional para a prática segura e baseada em evidências científicas (RABELO, 2015),

Foi lançada a Lista de Verificação do Parto Seguro da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), intitulado "*Safe Childbirth Checklist*". Esta ferramenta tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados dispensados às mulheres que dão à luz. Trata-se de um rol organizado de atividades assistenciais para a prática do nascimento, e tem como alvo a prevenção das principais causas de óbitos de mães, partos de natimortos relacionados à intercorrências intra-parto e mortes neonatais. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crítica que, se não for observada, pode gerar danos graves para a mãe, para o RN, ou para ambos.

1.1 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da compilação de instrumentos que possam nortear a prática assistencial dos profissionais que atendem à mulher no processo de parto e nascimento seguro.

Além da motivação baseada na realidade teórica exposta anteriormente, a pesquisadora foi gerente assistencial em uma maternidade pública na cidade de Curitiba-PR, e constatou lacunas operacionais no que se refere à segurança do paciente no processo de parto e nascimento, o que levou a inquietação e posterior inspiração para construção desta pesquisa.

Durante o período de atuação, observou-se que os profissionais envolvidos com a assistência obstétrica eram oriundos de várias instituições formadoras, tinham diversas experiências profissionais, o que acarretava como consequência, dificuldades na comunicação e do desenvolvimento de serviço multiprofissional com condutas uniformes. Ao implementar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na instituição, percebeu-se que os participantes não entendiam como EA, o não cumprimento das boas práticas de assistência ao parto, preconizadas pela OMS (1996), o que poderia levar ao *near miss* materno, ES ou incidentes sem dano.

Após essa observação, a gerência adaptou uma ficha para EA, na qual as equipes de saúde foram orientadas a notificar todas as quebras de protocolo, assim como todas as práticas consideradas inadequadas, para que essas fossem analisadas pelo NSP. No início, percebeu-se que somente as enfermeiras obstétricas notificavam, mas, com as diversas orientações no decorrer do tempo, a cultura da notificação foi expandida aos demais profissionais. Também foram criados indicadores para o monitoramento da assistência, a fim de mensurar a qualidade do serviço bem como realizar a tratativa das más condutas e falhas de processo, conforme direciona o Manual do Núcleo de Segurança. (BRASIL, 2014b). Posteriormente, foi adaptado o *checklist* (a Lista de Verificação) de nascimento seguro, proposto pela OMS em 2016, o qual foi descrito dentro da criação deste protocolo.

Com a inserção da enfermeira obstétrica no serviço, concomitantemente às notificações de intervenções e quebra de protocolo e das falhas de processo no NSP da instituição, houve melhora significativa da assistência à mulher. De acordo com a percepção da pesquisadora Rabelo,

Evidenciou-se que as mudanças propostas por um novo modelo avançou de forma gradativa, sendo possível correlacionar as práticas de cuidado à mulher à atuação de enfermeiras obstétricas, pois os indicadores assistenciais começaram a corresponder às diretrizes da Rede Cegonha, a partir da atuação efetiva destas profissionais (RABELO, 2015, p.75).

Sendo assim, algumas estratégias utilizadas para a mudança de modelo obstétrico, na referida maternidade, foi a reorganização do processo de trabalho. Hoje, esse serviço tem reconhecimento nacional e internacional pela assistência humanizada prestada às mulheres.

Além disso, ao perscrutar a literatura, evidenciou-se a existência de um manual da ANVISA denominado “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade” que discorre sobre diversas questões que permeiam o assunto. Entretanto, não foi encontrado um protocolo operacional para o ambiente hospitalar que norteie a assistência obstétrica com foco na segurança, o que justificou a realização deste estudo.

Sendo assim, com base no exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: como oferecer assistência obstétrica segura nos serviços de maternidade de risco habitual?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar protocolo de maternidade segura para serviços obstétricos de risco habitual.

1.2.2 Objetivos específicos

- Adaptar a Lista de Verificação do Parto Seguro proposto pela Organização Mundial de Saúde para atendimento obstétrico;
- Adaptar o *time out* da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico para cirurgia segura em cesarianas;
- Elaborar ficha para notificação de eventos adversos em serviços de obstetrícia, sinalizando os indicadores obrigatórios para monitoramento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados temas abrangentes relacionados à temática da pesquisa, a fim de esclarecer as questões que envolvem a segurança da mulher e do bebê no nascimento.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EM SAÚDE DA MULHER

A partir do movimento de mulheres na década de 70, foram incluídas nas políticas nacionais temas como sexualidade, reprodução, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, desigualdade profissional e sobrecarga de trabalho. Essas propostas de mudanças nos processos políticos e sociais enfatizavam a mulher como um sujeito de direitos em sua integralidade, com necessidades, particularidades, condições sociais, econômicas, culturais e afetivas (BRASIL, 2011).

Entretanto, anteriormente ao ano de 1983, as políticas de saúde eram precárias, contemplando a mulher apenas no seu contexto reprodutivo e materno, baseado no Programa Materno-infantil, criado em 1977, e que se restringia à prevenção da gestação de alto risco. A partir de 1984, com as lutas feministas, a incorporação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) houve forte influência no modelo de assistência baseado nos princípios do SUS: equidade, integralidade e universalidade, refletindo em mudanças e melhorias dos indicadores epidemiológicos da saúde da mulher. Este programa contemplou o planejamento reprodutivo, DST/HIV/AIDS, atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, como câncer de colo de útero e mama, atenção obstétrica, atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência (PAZ, 2011; PONTES, 2014).

Em 2002, houve o fortalecimento e modificação do PAISM, deixando de ser um programa para se transformar em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com princípios e diretrizes elaboradas pelo MS, em parceria com diversos setores da sociedade. A PNAISM reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzem a morbimortalidade por causas evitáveis, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência

doméstica e sexual, e prevenção da AIDS, além do tratamento de doenças crônicas (BRASIL, 2002).

Ainda nos anos 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000), voltado à atenção específica à gestante, ao RN e à puérpera, estipulando o protocolo mínimo de orientação do fluxo de atendimento às gestantes, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal. Este programa visava também melhor acesso, qualidade e cobertura do pré-natal, parto e puerpério; ampliação da rede de assistência ao pré-natal de risco; maternidade segura; capacitação profissional; e humanização da assistência, caracterizado segundo Martinelli (2014):

- **Componente I: Incentivo à Assistência Pré-natal:** SISPRENATAL como forma de adesão ao programa. No parto, o lançamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), pelas unidades hospitalares integradas do Programa.
- **Componente II: Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal:** desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, mediante a estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do SUS.
- **Componente III: Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto:** melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Ainda que tenham ocorrido avanços na atenção ao parto e ao nascimento, nas últimas décadas no Brasil, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio, pois a qualidade dessa atenção não tem sido satisfatória. A rede de serviços de apoio diagnóstico, para a realização dos exames recomendados durante a gravidez, nem sempre contempla a necessidade dos municípios, e ainda se utiliza de práticas que não estão baseadas em evidências científicas para a assistência ao parto (BRASIL, 2011).

Em virtude desse cenário, em 2011, o MS lançou a RC, estratégia voltada à saúde da mulher com rede de cuidados para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A RC é organizada em 4 componentes:

- **Componente I: Assistência pré-natal:** apoio ao deslocamento da gestante para as consultas, exames, vinculação à maternidade de referência, capacitação profissional, qualificação do sistema e da gestão da informação.
- **Componente II: Parto e nascimento:** qualificação profissional de médicos e enfermeiros, incentivo financeiro para Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, Centros de Parto Normal, aquisição de equipamentos, ambiência das maternidades para o parto seguro e humanizado, cobertura de leitos obstétricos e neonatais, acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades, inserção das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, respeito às especificidades étnico-culturais.
- **Componente III: Puerpério e atenção integral à saúde da criança:** garantia de permanência do RN junto à mãe durante todo o período de internação, garantia de leitos de UTI, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e leitos cangurus, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar puerperal, busca ativa de puérperas e RN de risco, garantia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica, fortalecimento do vínculo familiar com a Unidade Básica de Saúde (UBS), implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, orientação e oferta de métodos contraceptivos, acompanhamento dos egressos de UTI por 24 meses, consultas com especialistas, garantia de exames e consulta odontológicas a partir do primeiro dente e aos 12 meses.

- **Componente IV: Sistema logístico:** implantação de Complexos Reguladores com garantia de acesso a outros níveis de atenção especializados, transporte seguro, garantia de vagas em UTI, em situações de emergência durante o parto que envolve a parturiente e/ou o RN.

O modelo de atenção pautada pela RC descreve uma assistência humanizada e de qualidade às mulheres e às crianças, sob a ótica de uma experiência segura, digna, natural e singular. Esse proporciona ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Ainda em 2011, com objetivo de controlar a inclusão, manutenção e exclusão de medicamentos e tecnologias utilizadas na assistência à saúde no SUS, foi regulamentada a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) pelo SUS, por meio do Decreto n.º 7.646 (BRASIL, 2011).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foram elaboradas por um grupo multiprofissional, chamado de Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, todos convidados pela CONITEC e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS). As diretrizes foram passadas por consultas públicas e revisadas pelos grupos multiprofissionais. Finalmente, em 2017, a Portaria n.º 353, de 14 de fevereiro de 2017, aprovou e tornou público o referido Manual (PARANÁ, 2018).

2.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E MODELOS DE ATENÇÃO

Historicamente, os nascimentos no Brasil ocorriam no domicílio, assistidos por mulheres da comunidade ou da família, leigas ou parteiras; e até o final do século XVIII, essa assistência era considerada um evento essencialmente feminino (MOTT, 2002).

A partir do final do século XIX, com o avanço das pesquisas em saúde, os homens foram dominando cada vez mais este espaço, até o ponto em que o

nascimento perdeu sua característica fisiológica para tornar-se um evento potencialmente problemático (BRASIL, 2014c).

Hoje, o modelo obstétrico predominante no Brasil é o tecnocrático, que engloba o uso abusivo de práticas e procedimentos pautados em rotinas, já que desde 1996, a OMS descreve as práticas recomendadas ou não para a assistência ao parto e nascimento. Percebe-se que a OMS reforça a ideia de que o parto é um evento natural e fisiológico e que precisa de cuidados e não de controle. O que acontece é que a mulher perdeu seu papel de protagonista e foi colocada em uma posição de fragilidade, exacerbando-se nela o medo da morte ou sofrimento, sendo a cesariana uma alternativa apresentada como fuga e proteção (BRASIL, 2014c).

A taxa de cesariana é um indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto. O índice mundial aceitável pela OMS é de até 15% de cesarianas entre o número total de nascimentos. No Brasil, este índice alcança 52% dos nascimentos, sendo que, nesses, 46% acontecem no setor público e 88% no setor privado (BRASIL, 2009). O alto índice de cesáreas no país está relacionado a fatores socioeconômicos e culturais, em que a preferência das mulheres pela cesárea é moldada por uma conduta intervencionista, na qual a crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia dura, que são as características primordiais do modelo tecnocrático (BRASIL, 2014c).

Ainda assim, em virtude das falhas assistenciais e EA evitáveis e não evitáveis, a MM e neonatal ainda é elevada, devido à má qualidade da atenção obstétrica no país e ao desconhecimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, tornando natural a utilização de práticas e intervenções obstétricas desnecessárias (LEAL *et al.*, 2014 b).

Dessa forma, tornam-se necessárias mudanças de paradigma sobre o parto, para que também haja mudanças no modelo assistencial, e na qualidade do atendimento, desde o pré-natal, assistência ao parto e puerpério, conforme preconiza a RC, o que visaria o fortalecimento do trabalho em rede.

As recomendações da OMS e do MS para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos, incentivo as posições verticalizadas e a liberdade de movimentação, uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor (banhoterapia, massagens, exercícios relaxantes na bola suíça), uso restrito de episiotomia, indicação correta da indução do trabalho de parto, entre outras, práticas desconhecidas das mulheres e evitadas pelos médicos (LEAL *et al.*, 2014).

A pesquisa Nascido no Brasil, realizada em 2011, mostra o retrato da assistência à mulher no âmbito hospitalar nas diferentes regiões do Brasil. É possível verificar que, no parto: 91,7% das mulheres têm seus bebês em posição de litotomia, 56,1% sofrem episiotomia, com manobra de Kristeller em 37,3% das mulheres, a taxa de indução do parto é elevada (38,2%), a amniotomia ocorre em 40,7% das parturientes, punção venosa de rotina em 73,8% e 31,5% recebem analgesia, e, além disso, 71% dos RNs são aspirados em vias aéreas superiores (LEAL *et al.*, 2014). Estas são práticas que não devem ser utilizadas rotineiramente ou devem ser abolidas (OMS, 1996).

Quanto às práticas que devem ser estimuladas (OMS, 1996), a pesquisa mostrou que durante o trabalho de parto, 46,3% das mulheres se movimentam livremente, 25,6% se alimentam durante o trabalho de parto e 28% recebem estratégias não farmacológicas para alívio da dor. E, em relação aos RNs, 28,2% não são colocados em contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento (LEAL *et al.*, 2014).

Diante dos dados apresentados, é possível constatar que o modelo obstétrico no Brasil é intervencionista e a fisiologia do parto é desconsiderada. Práticas prejudiciais ou que não apresentam benefício ainda são utilizadas, prevalecendo a experiência e crença individual do profissional, distante das práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas (LEAL *et al.*, 2014).

Nesse sentido, garantir assistência humanizada consiste em direcionar a atenção à mulher e família em sua individualidade e necessidades específicas, além das questões biológicas, contemplando também condições sociais, éticas e emocionais, com base na qualidade da assistência prestada, voltadas a ações com resolutividade, satisfação e fortalecimento, bem como a promoção do autocuidado (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Nesta perspectiva, a enfermeira tem, em sua formação, a filosofia do cuidado humanizado, conforme recomendado pela OMS, e oferecem as parturientes uma atenção profissional específica e qualificada, envolvendo saberes de diversas disciplinas na construção do cuidado, de forma transversal e integrada, a partir das evidências científicas, utilizando técnicas favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto, bem como práticas não farmacológicas para o alívio da dor. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Contudo, a atuação dessa profissional ainda é muito limitada, pois 44% dos partos realizados no país são cesáreas, 97,07% dos partos normais acontecem no ambiente hospitalar e apenas 8,3% desses partos são atendidos pelo enfermeiro obstetra (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

2.3 MATERNIDADE SEGURA

Segundo Reis (2011), Maternidade Segura não se trata de uma questão filosófica, mas sim, política. A garantia do direito à maternidade segura segue sendo um problema relevante, visto que a morte materna atinge milhares de mulheres anualmente e, apesar das iniciativas empreendidas na última década, poucos avanços foram observados. Dessa forma, negar ou negligenciar os direitos humanos básicos também é negar assistência de qualidade.

Embora tenha ocorrido relevante redução das mortes maternas no período de 1990-2010 no Brasil, a razão de MM no país, em 2010, permaneceu alta, com cerca de 68/100.000NV, sendo o aceitável pela OMS (OMS, 2015) a taxa de até 20 mortes maternas para cada 100.000NV. A redução da MM já fazia parte das metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁴ e, em 2015, passou a integrar a Agenda 30, preconizando a ideia de que a taxa de MM deve ser inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos, com razão da mortalidade em redução anual de 5,5%. Como anteriormente citado, entre as principais causas obstétricas diretas, está a hipertensão, seguida de hemorragias, infecção puerperal e aborto e, classificadas como causas indiretas estão as doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2012a).

As causas diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As causas indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação, sendo agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (BRASIL, 2012a).

⁴ As metas do milênio foram estabelecidas pela ONU, em 2000, como uma ação para o enfrentamento da extrema pobreza e melhoria de condições de vida de toda população do planeta. A quinta meta diz respeito à melhoria da saúde das gestantes. Com o apoio e assinatura de 191 nações, essas metas ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2019).

No Brasil, as principais causas de morte materna diretas no ano de 2012 foram: síndromes hipertensivas na gestação (12,5%), hemorragia (7,4%), infecção puerperal (4,6%) e aborto (2,8%). Entre as causas indiretas, de maior importância epidemiológica foram às doenças do aparelho circulatório (4,5%). No Paraná, as principais causas foram: hemorragia pós-parto (23,3%), pré-eclâmpsia e eclâmpsia (19,5%), outras causas diretas (10,5), abortos (9%) e infecção puerperal (8,3%) (BRASIL, 2012).

Desde a década de 1980, ações voltadas para melhor cobertura de informações sobre mortes maternas vêm sendo desenvolvidas, e uma delas foi a implantação e estruturação de comitês de MM e a institucionalização da vigilância do óbito materno (BRASIL, 2012).

Assim, discutir a MM no campo dos direitos humanos atualmente proporciona a ampliação da explicação das causas de MM e uma apresentação mais clara à sociedade. A partir dessa nova abordagem, fica evidente que a intervenção sobre esse fenômeno social complexo requer uma multiplicidade de visões e a coalizão de forças para que o estado cumpra seu dever de proteção à vida e garanta tratamento digno para todos (REIS, 2011).

Assistência de qualidade em saúde é um direito de todo indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer atenção efetiva, eficiente, segura, e satisfatória. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual. Para a OMS, a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013, p.13).

A RDC/ANVISA nº 36/2013 regulamenta aspectos da segurança do paciente como a implantação dos NSPs, a obrigatoriedade da notificação dos EA e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Além disso, os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente. A Portaria GM/MS n.º 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente, uma vez que a assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequados favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade (COFEN- SP 2015).

Sendo assim, é necessário dizer que a construção de protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do SUS, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado (COFEN- SP, 2015).

O uso de protocolos além de facilitar o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado, traz maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (WERNECK, 2009).

No Brasil, a política que vem ao encontro dos princípios sobre Maternidade Segura é a RC, a qual visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, desde à assistência ao planejamento familiar, a confirmação de gravidez, o pré-natal, o parto, e os 28 dias do puerpério, cobrindo ainda os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A estratégia de pesquisa para a criação do protocolo em maternidade segura foi o estudo metodológico, também denominado como pesquisa de desenvolvimento, pois se trata de estratégia que utiliza, de maneira sistemática, os conhecimentos já existentes, a fim de elaborar uma nova intervenção ou melhorar um instrumento, dispositivo ou método de medição (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

O estudo metodológico refere-se também às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos técnicos da pesquisa. O produto advindo deste método possibilita mensurar, de maneira precisa, as intervenções e as suas consequências (POLIT, 1995).

As ações de saúde são muitas vezes norteadas por protocolos, pois esses orientam a organização dos serviços com aporte de ciência e tecnologia, o que vem ao encontro, pela constituição Federal, às diretrizes do SUS que enfatizam o atendimento integral (WERNECK, 2009).

3.2 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

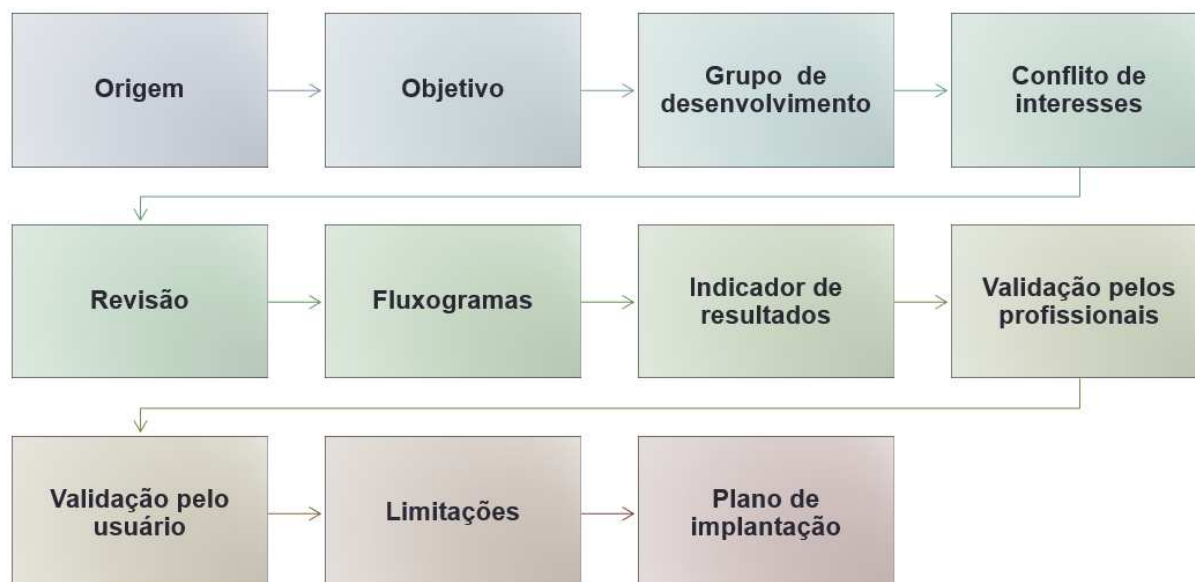
Optou-se por usar na elaboração do protocolo para maternidade segura o “Guia de Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem” (PIMENTA *et al*, 2015), o qual é definido como instrumento norteador pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a construção de protocolos, como instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e que oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Também foram utilizadas algumas sugestões de modelos de algoritmos e fluxogramas do Manual: “Protocolos de Cuidado à Saúde e à Organização de Serviços” (WERNECK *et al*, 2009).

3.2.1 Elementos para Elaboração de Protocolo

Segundo Pimenta e colaboradores (2015), para a elaboração de um protocolo, devem ser respeitados os seguintes elementos:

FIGURA 1 - ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO SEGUNDO PIMENTA *ET AL*



FONTE: Adaptado de Pimenta *et al* (2015)

Este estudo foi desenvolvido até a fase de indicação de resultados, sendo necessário que as instituições que demonstrarem interesse na implantação, deverão dar continuidade ao processo descrito por Pimenta. Segue-se a descrição dos elementos e os procedimentos adotados no desenvolvimento do protocolo.

a) Origem: define claramente a instituição/departamento que emite o protocolo (PIMENTA *et al*, 2015, p.17).

Em relação à sua origem, este protocolo foi desenvolvido durante o mestrado profissional resultando como um produto da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Pós-graduação de Enfermagem, para posteriormente ser implantado nas instituições que demonstrassem interesse em sua implementação.

b) Objetivo: define a categoria de paciente a qual o protocolo será destinado e grupo de profissionais que fará a implantação (PIMENTA *et al*, 2015, p.17).

O protocolo Maternidade Segura para Maternidade de Risco Habitual abrange mulheres em seu processo de parturição, atendidas nas maternidades de

risco habitual e deverá ser utilizado pelas equipes multiprofissionais da área de obstetrícia das instituições que apresentarem interesse em implantá-lo.

- c) Grupo de desenvolvimento: profissionais especialistas da área e profissionais com experiência em metodologia científica (PIMENTA *et al*, 2015, p.17).

O grupo de desenvolvimento contou com a pesquisadora, sua orientadora, co-orientadora e especialistas convidados das áreas obstétricas, sendo que todos assinaram a declaração de conflitos de interesse (ANEXO 1). Os especialistas foram convidados a participar observando-se os seguintes critérios: ser especialista em obstetrícia ou na saúde da mulher e trabalhar diretamente com o público alvo abrangido pelo protocolo; possuir título de mestre ou doutor na área de saúde e participar do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), da Universidade Federal do Paraná.

- d) Conflito de interesses: aspectos de cunho comercial, econômico financeiro, ideológico, religioso e político (ver ANEXO 1).
- e) Evidências: informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas.

A criação do protocolo em maternidade segura desenvolveu um instrumento que unificou e adaptou os vários protocolos já existentes, considerando as PBE (Práticas Baseadas em Evidências), em uma única ferramenta com o fim de auxiliar as instituições de saúde na sua autoavaliação. Além disso, descreveu ferramentas para a assistência, plano de implantação, indicadores e parâmetros para funcionamento, fluxogramas, plano de atualização com o objetivo de traçar estratégias na busca da excelência ao atendimento à mulher desde seu período perinatal até o pós-natal, tornando-se uma ferramenta para auxiliar na elaboração de estratégias para reduzir a morbimortalidade materna.

Os protocolos, manuais e instrumentos consultados e utilizados para a construção foram:

- Assistência ao Parto Normal: um guia prático (OMS, 1996);
- *Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns* (WHO, 2015);

- Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade (BRASIL, 2014a);
- *Checklist* do Parto Seguro Organização Mundial de Saúde (ONU, 2016);
- Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do NSP em Serviços de Saúde (BRASIL, 2014b);
- Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC (SOBECC, 2017);
- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016);
- Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016);
- Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (BRASIL, 2014d).

f) Revisão: deve conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento e o plano de atualização.

Após o término da elaboração pelo grupo de desenvolvimento, o protocolo deverá, em estudo posterior, passar pela verificação de grupos externos para revisão criteriosa do conteúdo, além disso, a validação do protocolo deverá ser realizada por profissionais da área de atuação direta com mulheres, que atendam em maternidades públicas de risco habitual e a validação pelo usuário deverá ser realizada por um colegiado gestor de uma dessas instituições. Esses profissionais poderão fazer parte do grupo de desenvolvimento para que suas contribuições sejam consideradas pelo grupo revisor.

g) Fluxogramas: apresentação esquemática do fluxo de informações e possíveis tomadas de decisões sobre determinado assunto.

Os fluxogramas apresentados no protocolo foram trazidos, em sua íntegra, dos manuais utilizados durante a fase de revisão.

h) Indicador de resultados: variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, resultando em informações sobre o uso e eficácia do protocolo.

Os indicadores propostos neste protocolo foram trazidos dos manuais utilizados durante a fase de revisão e sugeridos em um estudo realizado por Rabello, em 2015, os quais demonstram excelentes resultados após sua implantação.

i) Validação pelos profissionais: importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado, podem ser indicados profissionais da área de assistência e somados ao grupo elaborador sem prejuízo de participação de autoridades no tema.

Elemento não aplicado nesta pesquisa.

j) Validação pelo usuário: parte-se da premissa de que a participação dos usuários dos serviços públicos pode ser discutida pelos conselhos gestores. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental. A participação pode ocorrer durante a fase de elaboração, especialmente no caso de protocolos de saúde pública, mas não exclusivamente, ou no momento do seu uso.

Elemento não aplicado nesta pesquisa.

k) Limitações: devem ser descritas quando houverem.

l) Plano de implantação: poderá estar descrito no protocolo. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo.

O plano de implantação foi adaptado do *Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns* (WHO, 2015).

4 RESULTADO

Por meio deste estudo, foi possível observar que o arcabouço teórico existente no território brasileiro é robusto no que se refere a segurança do paciente e qualidade, e traz subsídios para reorganização dos serviços hospitalares.

O **Protocolo Maternidade Segura: uma proposta para serviços de risco habitual** reuniu os instrumentos relevantes, existentes e válidos em território Nacional com o objetivo de auxiliar os serviços hospitalares de risco habitual a organizarem seus serviços com vistas à melhoria da qualidade prestada.

O primeiro capítulo deste protocolo utiliza o sexto volume da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do NSP em Serviços de Saúde (BRASIL, 2014b).

Para a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), foram utilizadas as legislações já citadas no documento. No item que trata da composição do NSP, foi sugerida a inclusão de especialistas em obstetrícia, como médico e enfermeiro, visto que o manual utilizado não aponta a necessidade da especialidade em obstetrícia justifica-se mediante à necessidade de que, para analisar os EA relacionados à assistência perinatal, faz-se necessário a expertise desses profissionais.

Não obstante, ainda relacionado ao NSP, a autora sugere que sejam notificados os EAs, os *near miss* Materno e os ESs à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, por meio do link disponibilizado na página 48 do protocolo elaborado, visto que esta inclusão facilita a notificações pelos núcleos de segurança do paciente das instituições e assim, possibilita o conhecimento dos casos para planejamento das ações dos comitês de MM locais.

No segundo capítulo desse protocolo foram reunidos instrumentos descritos nos manuais citados na fase da revisão, que foram incorporados de maneira integral, parcial ou adaptados.

O protocolo de acolhimento e classificação de risco foi utilizado na íntegra. Já o *checklist* de maternidade segura, proposto pela OMS, sofreu adaptações no item “admissão”, foram incorporados itens dos protocolos de segurança e qualidade como, identificação da parturiente por meio de pulseira e sua conferência, aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido em caso de intervenções no processo de parturição, no item “antes do parto” foi incluído o item de preenchimento de

pulseira com as informações maternas para o RN, e a inclusão do item utilização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Com o objetivo de que seja efetivada a segurança do paciente, assim como a realização das boas práticas de atenção ao parto; no item “antes da alta” foi incluído a observação das práticas de amamentação, com o intuito de que binômio seja avaliado antes da transferência para alojamento conjunto.

Para a cirurgia cesariana foi utilizado o *time out* descrito no manual da Manual de Práticas Recomendadas da SOBBECC - 7ª edição revisada e atualizada (2017), o qual foi utilizado na íntegra e com ajuste no item “antes da saída da paciente da sala de cirurgia” No documento original não se fazia menção “em caso de óbito fetal”, para que o feto fosse encaminhado ao serviço de anatomia patológica.

De acordo com os EA apontados pela ANVISA, SOBEECC, NSP, e pela experiência profissional da autora, esses foram reunidos e organizados em formato ficha para notificação de EA em obstetrícia, por compreender-se a necessidade de organizar esses eventos para facilitar a notificação pelos NSP das maternidades.

Dessa forma, no item 1 dessa ficha, situada na página 94 do protocolo, a autora viu a necessidade de incorporar, além dos eventos comuns a todos os serviços, os relacionados à maternidade, sendo eles: Evento com amamentação, Internamento fora de tempo oportuno. Não utilização de protocolos de internamento conforme o protocolo de acolhimento e classificação de risco; Uso de antibiótico inadequado, o Não uso do protocolo institucional, e Técnica imprópria para atenção ao parto e nascimento.

No item 2 dessa ficha, sugere-se a inclusão dos ES citados no manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade (BRASIL, 2014a), no que se tange a saúde da parturiente. E no item 3, que se refere ao RN, da mesma forma foram utilizados os eventos citados no Manual de Segurança Materna e Neonatal.

No item 4 desse manual, foi destacado o erro de medicação que é citado pelo capítulo do NSP e, pensando sobre cirurgia segura, foi retirado o EA do Manual da SOBEC sobre retenção de instrumental. A autora, por meio de sua experiência, entendeu a importância da inclusão do seguinte tópico: “reclamação do usuário”, considerando que o mal atendimento, ou o não entendimento das práticas realizadas pelos profissionais podem trazer danos emocionais, principalmente em

casos que ocorrem a violência obstétrica e “demora ao responder a chamada para assistência”. Pois se observa que em partos de risco habitual, quando ocorre um evento não previsível, como por exemplo, a distócia de ombro, pode acontecer a demora na equipe de emergência, o que acarretaria desfechos desfavoráveis. Além desses, também foi acrescentado “a violação do protocolo local”, que diz respeito aos protocolos clínicos adotados pela instituição, que nem sempre tem adesão por toda equipe, o que, como os demais itens podem derivar em desfechos desfavoráveis.

Esses itens foram acrescentados entendendo a necessidade de que, quando houvesse a ocorrência de um deles, houvesse a notificação ao NSP e posterior discussão nas reuniões, determinando suas causas, o que poderia definir novos planos de ação, com suas devidas tratativas, a fim de atingir a qualidade e segurança do binômio.

Para a reanimação neonatal, foram incorporados os instrumentos propostos pela Associação Brasileira de Pediatria: fluxograma de reanimação neonatal e o *checklist* de materiais que devem estar disponíveis para o atendimento do RN. Esses instrumentos não sofreram modificações e estão disponíveis na íntegra.

No capítulo três foram citados todos os indicadores de MM sugeridos pela ANVISA, na publicação Manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.

A autora, em sua experiência como gestora de uma maternidade pública no momento de transição de modelo de assistência de atendimento obstétrico para um modelo mais humanizado (seguindo as diretrizes da RC e de acordo com as práticas recomendadas em MOREIRA (2014)), com a introdução do profissional Enfermeiro Obstétrico, entendeu ser importante monitorar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e criou indicadores que mensurassem essas práticas por meio de taxas. Sendo elas: parturientes submetidas a jejum durante o trabalho de parto, utilização de manobra de Kristeller, RNs submetidos ao contato pele-à-pele, acompanhantes no momento do parto, clampeamento tardio, parturientes encaminhadas para outro ambiente na hora do parto, episiotomia, deambulação durante o parto, taxa de amniotomia, parturientes submetidas à analgesia, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, e uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como a banhoterapia, massagens, exercícios, musicoterapia e penumbra. Esses indicadores foram citados em um estudo realizado por Rabelo

(2015) intitulado: Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica e uma maternidade de risco habitual.

Como produto desta dissertação, temos a desenvolvimento do **Protocolo Maternidade Segura: uma proposta para serviços de risco habitual**, apresentado a seguir.

4.1 PROTOCOLO

A seguir, apresenta-se o protocolo, na íntegra, com a seguinte constituição: capa, contracapa, apresentação e sumário. O conteúdo foi dividido em capítulos, sendo que o primeiro capítulo trata do NSP com as devidas adaptações para obstetrícia, o capítulo 2 traz os instrumentos pertinentes à segurança do paciente em obstetrícia e o capítulo 3 trata dos indicadores para a maternidade segura e a forma de utilização dos mesmos como ferramentas que visam a mudança no modelo assistencial obstétrico.

Ao final, o protocolo ainda traz as referências utilizadas em seu desenvolvimento.

PROTOCOLO MATERNIDADE SEGURA PARA SERVIÇOS DE RISCO HABITUAL



Karin Madeleine Godarth

Universidade Federal do Paraná

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

KARIN MADELEINE GODARTH

PROF^ª DR^ª SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
ORIENTADORA

PROF^ª DR^ª TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO
CO-ORIENTADORA

CURITIBA

2019

Apresentação:

Este protocolo tem por objetivo auxiliar os profissionais das equipes multidisciplinares na organização dos serviços de obstetrícia no que se refere à segurança do paciente, tendo como foco a parturiente e o processo de parto e nascimento.

Embora já existam instrumentos disponíveis no tema, este protocolo visa reuni-los em uma única ferramenta facilitadora para nortear as maternidades na reorganização de seus serviços, tendo em vista a qualidade e assistência.

Os manuais e instrumentos consultados e utilizados para a construção deste protocolo foram:

a) Safe Childbirth Checklist Implementation Guide Improving the quality of facility based delivery for mothers and newborns (WHO, 2015).

b) Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade (BRASIL, 2014a).

c) Guia de implantação da lista do Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016).

d) Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (BRASIL, 2014b).

e) Manual de Práticas Recomendadas da SOBBECC – 7ª edição revisada e atualizada (SOBBECC, 2017).

f) Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal da CONITEC (BRASIL, 2016).

g) Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana da CONITEC (BRASIL, 2016).

h) Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (BRASIL, 2014d).

Sumário

<i>Capítulo 1</i>	32
1 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ADAPTADO AO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	
32	
1.1 DEFINIÇÃO E LEGISLAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	32
<i>Erro! Indicador não definido.</i>	
1.2 COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	32
1.3 IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	35
1.3.1 Decisão	35
1.3.2 Planejamento e Preparação	35
1.3.2.1 Aspectos administrativos	35
1.3.2.2 Aspectos técnicos	36
1.3.2.3 Aspectos relacionados à formação dos membros do NSP.....	36
1.3.2.4 Aspectos logísticos	37
1.4 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ...	37
1.5 PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	42
1.5.1 Elaboração do Plano de Segurança do Paciente	42
1.5.2 Conteúdos que estruturam o núcleo de segurança do paciente.....	42
1.5.3 Etapas para elaboração do Plano de Segurança do Paciente	44
<i>Capítulo 2</i>	47
2 ADAPTAÇÃO DOS PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS PARA OBSTETRÍCIA 47	
2.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (A&CR)	47
2.1.1 Implantação e recomendações do AC&R.....	48
2.1.2 Atribuição das Equipes de A&CR.....	49
2.2 <i>CHECKLIST</i> MATERNIDADE SEGURA	69
2.2.1 Como usar o <i>Checklist</i> do parto :.....	74
2.2.2 Implementando <i>Checklist</i> do parto seguro	75

2.2.3 Folder do Checklist Maternidade Segura	78
2.3 CIRURGIA SEGURA PARA O BINÔMIO MÃE-BEBÊ	80
2.3.1 Modelo de Checklist para Cesariana Segura	81
2.4 NOTIFICAÇÃO DE RISCOS EM OBSTETRÍCIA	84
2.5 REANIMAÇÃO NEONATAL	87
2.5.1 O preparo para a assistência	87

Capítulo 3 **94**

3 INDICADORES PARA A MATERNIDADE SEGURA	94
3.1 COLETA DE DADOS E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES	95
3.2 ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DE REFERÊNCIA.....	96
3.3 IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES PARA MELHORIAS.....	96
3.4 INVESTIGAÇÃO DE FALHAS NO PADRÃO DE CUIDADO	96

REFERÊNCIAS **97**

Capítulo 1

1 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ADAPTADO AO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma ferramenta essencial para a qualificação dos processos de cuidado e da prestação de serviços em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, promovendo maior segurança tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde e para o ambiente de assistência à saúde. Sendo assim, neste capítulo são apresentadas as fases para a instalação do NSP, com adaptações ao atendimento em Serviços de Obstetrícia.

O material que norteou este capítulo foi o sexto volume da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do NSP em Serviços de Saúde, publicado pela ANVISA em 2016. A referida publicação disponibiliza informações para a constituição do NSP, de forma a atender ao Art. 5º da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, além de instrumentalizar a equipe do Núcleo na operacionalização de ações e estratégias para orientar a vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde.

1.1 DEFINIÇÃO E LEGISLAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) atua desde 2004 nas ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. Desde então, a ANVISA vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e com os demais participantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Outra frente de trabalho se refere ao controle de EA, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em busca de atenção qualificada. Assim, suas normativas tratam da prevenção e controle de EA relacionados à assistência à saúde, como as IRAS, além das ações voltadas para a garantia da segurança no uso das tecnologias.

Dessa maneira, pode-se afirmar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria GM nº. 529, de 1º de abril de 2013, as diretrizes de organização do modelo de assistência em Redes de Atenção e, ainda, a publicação da Política

Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, 2017) demonstram o comprometimento governamental com o tema, corresponsabilizando as instituições nesse processo

Para se alcançar a segurança do paciente, faz-se necessário que os estabelecimentos de saúde se organizem no sentido de efetivarem o NSP, com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP), demonstrando o compromisso e planejamento em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes (BRASIL, 2013).

As resoluções que merecem destaque nesta tratativa são:

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços relacionados à saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP.

- RDC nº 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação dos NSP, elaboração do PSP e notificação mensal dos EA, contados a partir da data da publicação da norma.

Recentemente, foi disponibilizado pela ANVISA o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de EA e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Esses objetivam identificar e minimizar riscos, corroborando com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde. O Plano reforça, especialmente, a importância da vigilância, monitoramento e investigação dos incidentes relacionados à assistência à saúde pelos NSP dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”. Um dos objetivos específicos do PNSP é promover e apoiar a efetivação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSP nos estabelecimentos de saúde. Os NSP devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

1.2 COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Para compor o NSP para os serviços de saúde, faz-se essencial que a direção do serviço seja a responsável pela nomeação e composição, conferindo aos seus membros: autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do PSP (BRASIL, 2013).

A conformação dos NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço e estrategicamente vinculado à direção. Além disso, deve programar agenda periódica com setores assistenciais como: direção técnica assistencial de enfermagem e farmacêutica; e não assistenciais, como engenharia hospitalar, compras, serviço de higiene e limpeza (BRASIL, 2013).

O NSP em serviços de maternidade deve ser constituído por equipe multiprofissional composta por: médico e enfermeiros da área de obstetrícia, farmacêutico, enfermeiro de equipe capacitado em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente, além de constituir ferramentas para gerenciamento de riscos em serviços de saúde. É importante que o NSP designe representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem (BRASIL, 2013).

No caso dos serviços obstétricos, é muito importante que médicos e enfermeiros(as) obstétricos(as) estejam envolvidos. Outras comissões existentes nos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NSP, tais como: Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (BRASIL, 2013).

Para compor o NSP, os seguintes membros são necessários: Direção Geral, Gerência de Enfermagem, Coordenação de Planejamento, Coordenação de Epidemiologia, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Análise e Prontuário, Núcleo de Saúde do Trabalhador, Gerência de Resíduos, Comissão de Padronização de Materiais, Comissão de Proteção Radiológica, Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, Comitê Transfusional, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Biossegurança, Gerência de Risco, Gerência de Qualidade, Serviço de Enfermagem (BRASIL, 2013).

Além disso, o coordenador do NSP deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, bem como especialistas da área obstétrica (Médico Obstetra/Enfermeira/Obstétrica) e que possua boa aceitação pela equipe multiprofissional.

Não há proibição legal ou técnica para que as atribuições do NSP sejam incorporadas por outras comissões já existentes. Mas, faz-se necessário que essas atribuições devam estar formalmente descritas em regimento interno da comissão ou publicadas em Diário Oficial, sendo esta última opção aplicada apenas aos serviços públicos.

1.3 IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1.3.1 Decisão

A decisão da autoridade máxima do serviço de saúde pela qualidade e segurança do paciente é a etapa fundamental para que ocorra o processo de efetivação do NSP, uma vez que todas as etapas para implantação, manutenção e melhoria contínua do plano dependem do empenho e comprometimento da alta direção da instituição.

É importante que a direção do hospital realize, por meio de comunicação formal e divulgação local, a constituição do NSP e do PSP, a fim de facilitar a compreensão desses por toda equipe multiprofissional do serviço de saúde.

1.3.2 Planejamento e Preparação

1.3.2.1 Aspectos administrativos

A direção deverá constituir o NSP, por meio de documento de nomeação (Portaria e Ato, entre outros), indicando os integrantes e incluindo um profissional responsável pelo Núcleo.

No documento de nomeação deverá estar explícito que a autoridade máxima do serviço de saúde confere, aos componentes do NSP, autoridade, responsabilidade e poder para executar a implantação e o desenvolvimento das ações do PSP. O Coordenador do NSP será o principal contato da instituição com a equipe do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

1.3.2.2 Aspectos técnicos

A equipe do NSP deve ter representatividade e articulação, dentro do serviço de saúde, a depender do escopo de ações e do perfil assistencial desenvolvido pelo serviço.

Reuniões do NSP são necessárias para discutir as ações e estratégias para o PSP e devem estar devidamente documentadas com atas, memórias e lista de presença. Outros profissionais, tais como gerentes, chefes de unidades e profissionais respeitados e influentes ou que se destacam em uma determinada área, também devem ser identificados e envolvidos nessas reuniões.

Para o cumprimento das atribuições do Núcleo é de fundamental importância a realização de reuniões regulares e pontuais, pré-estabelecidas em um cronograma anual, como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Análise de Óbitos, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comissão de Padronização de Materiais, Gerência de Risco, Núcleo de Saúde do Trabalhador.

O envolvimento do NSP com os usuários dos serviços de saúde também é esperado, e as ações para sua realização devem estar indicadas no PSP.

1.3.2.3 Aspectos relacionados à formação dos membros do NSP

A capacitação dos profissionais que compõem o NSP deverá ocorrer durante o período da jornada de trabalho, sendo necessária a comprovação em documento próprio, com data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor, nome e assinatura dos profissionais capacitados.

Os seguintes assuntos devem estar contemplados no conteúdo programático de cursos de formação:

- Qualidade e segurança do paciente
- Regulamentações sobre qualidade e segurança do paciente
- Princípios básicos em segurança do paciente
- Tipos de EA relacionados à assistência à saúde
- Protocolos de segurança do paciente
- Indicadores de segurança do paciente
- Estratégias para a melhoria da qualidade e segurança
- Cultura de segurança

- NSP
- Plano de segurança do paciente
- Gestão de riscos
- Sistema de notificação de incidentes
- Investigação do incidente
- análise de causa-raiz
- Análises dos modos de falha (FMEA)

1.3.2.4 Aspectos logísticos

A direção do serviço de saúde deve disponibilizar, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais, como materiais e equipamentos de escritório, além dos produtos e equipamentos próprios para a saúde (sistema de código de barras, pulseira de identificação, oxímetros, sistema de dose única e outros);

Além disso, formas e métodos de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação do PSP devem ser estabelecidas, tais como, comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras. O PSP deve conter informação técnica pertinente, lista de atividades a serem desenvolvidas com estabelecimento de responsabilidades, protocolos, disponibilização de ferramentas de coleta de dados, e orientações para notificação de incidentes, conforme será descrito adiante e adaptado aos serviços de obstetrícia.

O NSP também deve determinar a melhor forma de comunicação com os seus integrantes e de divulgação do PSP, por meio da elaboração de uma agenda de reunião do NSP com representantes de demais instâncias do serviço de saúde.

1.4 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As atividades a serem desenvolvidas pelo NSP são:

- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores: os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do MS correspondem às metas internacionais de segurança do paciente, que abordam os seguintes temas: higiene das

mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas, e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, e protocolos. Neste protocolo foi incorporado o *Checklist* de nascimento seguros proposto pela OMS, além disso, o protocolo de cirurgia segura foi adaptado para cesariana segura.

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde: o processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP: A elaboração do plano deve observar o que está descrito na RDC 36/2013 e as evidências científicas que corroboram as práticas de segurança e informações existentes da própria instituição sobre riscos e perigos.

O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde. Toda e qualquer alteração deve ser divulgada no serviço de saúde, sempre que:

- houver atualização do instrumento;
- existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias;
- houver drástica alteração na realização de procedimentos e processos;
- ações para a gestão do risco no serviço de saúde aconteçam.

O NSP deve trabalhar na prevenção, detecção precoce e mitigação de EA com ênfase na prevenção dos eventos que nunca devem ocorrer em serviços de saúde, ou seja, os “*Never Events*⁵”. No caso da obstetrícia é considerado um *never event* o óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco. Tais eventos não devem ocorrer devido à sua gravidade e pela existência de inúmeras evidências quanto à evitabilidade. A metodologia de identificação do risco pode ser prospectiva (sem necessariamente ter ocorrido algum incidente), em tempo real (quando se identifica o risco durante o processo de trabalho que pode causar dano) ou retrospectiva (depois que ocorreu algum incidente).

O NSP também deve promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas, como:

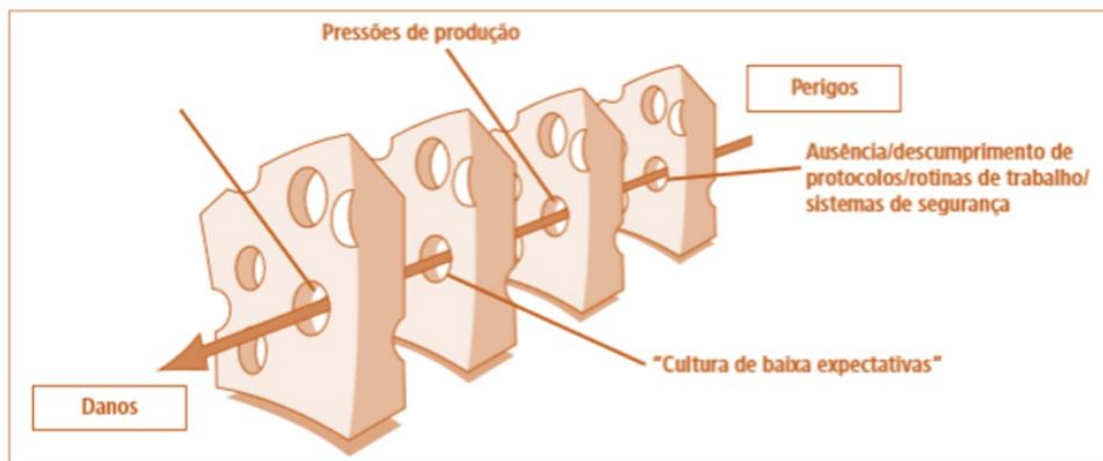
⁵ *Never Events*: eventos que nunca deveriam ocorrer, em tradução livre.

- conhecer o processo de cuidado de forma a permitir a identificação de pontos críticos e o redesenho desses processos, objetivando a prevenção, ou a detecção precoce ou a mitigação de erros;

- acompanhar as ações vinculadas ao PSP;
- monitorar as ações instituídas no plano, bem como dos indicadores sugeridos nos protocolos (indicadores de processo e de resultado);
- estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde

O modelo do queijo suíço (FIGURA 1) mostra a abordagem sistêmica da ocorrência de EA. Quando não há camadas (barreiras), os buracos do queijo se comunicam. O vetor representa que o perigo não encontrou barreira e chegou ao paciente. As barreiras que impedem que o perigo se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

FIGURA 2 - MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE ACIDENTES ORGANIZACIONAIS DE JAMES REASON



FONTE: Adaptado de WACHTER R.M., 2013, *apud* BRASIL, 2016.

Alguns exemplos de erros que podemos citar na área da obstetrícia são:

- internar gestante sem sinais de trabalho e sem indicação clínica de internação;
- iniciar indução do parto sem indicações clínicas reais, como em caso de internação com idade gestacional menor que quarenta e uma semanas;
- deixar a parturiente em longo período de jejum, considerando a hipótese remota de uma possível cesariana;
- o não preenchimento do partograma em momento oportuno;
- cesariana sem indicação clínica.

Os danos que podem ser causados por tais procedimentos envolvem: recém-nascido (RN) com esforço respiratório, necessidade de ventilação e UTI; parturiente com hemorragia grave por uso indiscriminado de ocitocina e cesariana mal indicada.

Por essas razões, é fundamental desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde, para que atuem como ferramentas da qualidade e segurança do paciente, além de analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde.

A notificação do EA ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) pelos NSP foi a forma encontrada pelo PNSP para a captação de informações sobre a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde no país.

No entanto, ressalta-se que uma única fonte de monitoramento e avaliação não é aconselhável. O sistema de informação não é um fim em si mesmo. São necessários mecanismos de captação de informação, como busca ativa em prontuários e auditoria de qualidade. Além disso, o NSP deve compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde, estimulando a continuidade da notificação e dos outros mecanismos de captação de informação. Essas informações devem ser discutidas no âmbito das equipes de saúde e instâncias de gestão (alta direção, corpo clínico e comissões), servindo ao redesenho de processos de cuidado, à identificação de necessidades de intervenção e ao aprendizado coletivo.

Os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde devem ser notificados ao SNVS em um local de aprendizado coletivo. Dessa maneira, os profissionais são estimulados a notificar os incidentes relacionados à assistência à saúde sem ameaça de punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.

O registro dessas notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), sendo que os links para notificação estão

disponibilizados no Portal da Anvisa⁶ e no site Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde⁷.

Desde setembro de 2017, o Estado do Paraná, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), e do Programa Rede Mãe Paranaense, propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida e o controle do *near miss*⁸. O cadastramento da instituição e a notificação de *near miss* podem ser realizados pela página do Programa⁹ (Figura 2).

FIGURA 3 - PÁGINA DE CADASTRAMENTO DO NEAR MISS



FONTE: Secretaria de Saúde do Paraná. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892. Acesso em: 12 set. 2018.

O NSP também deve manter sob sua guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EA. Mas, se o serviço de saúde não detectar EAs durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês, ausência de EA naquele estabelecimento; nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS. Além disso, em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente. Alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias também devem ser sempre acompanhados.

⁶ <www.anvisa.gov.br>

⁷ <www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>.

⁸ *Near miss*: quase perda do paciente, em tradução livre

⁹ <www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>

1.5 PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O PSP é o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado e nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente.

Além disso, ainda aponta as situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

O PSP é, em síntese, o planejamento estratégico para a segurança do paciente. Para tanto, é bastante adequado que seja parte integrante do plano estratégico da organização, baseando-se na missão, visão e valores do serviço de saúde. O PSP deve dialogar com os planos de recursos humanos, de informação, de ambiente, de gestão de resíduos, com o programa de prevenção e controle de IRAS e outros planos ou programas existentes no serviço de saúde. Para sua execução, sugere-se que o PSP se desdobre em diferentes planos de ação, que conterão as diretrizes operacionais com detalhamento em nível de atividades.

1.5.1 Elaboração do Plano de Segurança do Paciente

De acordo com a RDC n°. 36/2013, a elaboração do PSP é obrigatória. O PSP não é um documento cartorial. Ele servirá como um roteiro para a equipe e sua liderança para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

A elaboração do PSP é de responsabilidade do NSP, o qual, além da elaboração, é responsável também pelo desenvolvimento e pela atualização desse serviço de saúde. Para facilitar o processo de entendimento da equipe multidisciplinar é importante que o maior número de membros das equipes participe de sua construção, o que facilitará a compreensão e posterior execução do plano.

As ações macro estratégicas devem ser descritas até o nível operacional, com um cronograma de atividades claro e com os responsáveis pelas atividades identificadas, sendo que o plano deve ser preciso, com ações claras direcionadas à realidade local.

1.5.2 Conteúdos que estruturam o núcleo de segurança do paciente

O PSP deve ser pautado nas melhores evidências científicas, afim de que sejam identificadas as condições de risco ou que geram risco para pacientes e trabalhadores, possibilitando a implantação das ações de controle e monitoramento. Além disso, o PSP deve ser amplamente divulgado e estar sempre disponível para consulta de todos os profissionais da instituição.

O Plano deve estabelecer as principais estratégias, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, minimamente para:

- identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- implementação de protocolos estabelecidos pelo MS e institucionais;
- identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; segurança no uso de equipamentos e materiais;
- manutenção do registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado, para o obstetrícia pode-se considerar inserção de dispositivo intrauterino (DIU);
- prevenção de quedas dos pacientes;
- prevenção de úlcera por pressão (UPP);
- prevenção e controle de EA em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada, considerando as boas práticas obstétricas, incluindo a construção do plano de parto;
- promoção do ambiente seguro.

O PSP é o planejamento estratégico para a segurança do paciente, portanto, deverá ser baseado na missão, visão e valores do serviço de saúde.

1.5.3 Etapas para elaboração do Plano de Segurança do Paciente

Essa etapa está baseada em metodologias que permitem responder a perguntas-chaves para a organização no que diz respeito à segurança do paciente. A metodologia proposta é a 5W2H, sendo as iniciais, em inglês, correspondentes às perguntas: What (o quê?), Why (por quê?), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), How (Como?) e How much (quanto?). No QUADRO 1 são exemplificados como essas perguntas articulam-se na construção das ações para o PSP.

QUADRO 1 - PLANO DE SEGURANÇA 5W2H

QUESTÕES	PLANOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O que?	O que será feito? Quais ações serão desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por quê?	Por que será feito? Qual é a justificativa e o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual é a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual é o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual será a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Na análise do investimento a ser realizado (não se restringe apenas a investimento financeiro).

FONTE: Adaptado de WACHTER R.M., 2013, *apud* BRASIL, 2016.

Outras ferramentas, como as que são relacionadas à gestão e melhoria de processo (mapeamento de processos, diagrama de Ishikawa, fluxograma, DMAIC - Define, Measure, Analyse, Improve e Control) contribuem para a identificação de pontos críticos para a melhoria da segurança do paciente.

O PSP pode ser elaborado considerando as seis etapas: planejamento; execução; avaliação; revisão; tratamento e comunicação do risco, descritas a seguir:

1) Planejamento, que envolve as seguintes ações:

Realizar diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais:

- identificar os objetivos da organização em relação à segurança do paciente e ao ambiente em que o PSP será implantado. Para o diagnóstico dos riscos e perigos potenciais presentes na organização devem ser utilizadas várias ferramentas (técnicas de consenso, mapeamento dos processos) ou fontes de informação (indicadores, visita às lideranças dos serviços, ouvidoria). O resultado será uma lista dos riscos da instituição e sua caracterização (local, tipo, circunstâncias, entre outros).

a. Definir as prioridades de trabalho e estratégias de segurança

Nessa fase é importante ressaltar que as prioridades dos processos de trabalho deverão ser descritas a partir das evidências científicas descritas nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, Metas Internacionais de Segurança do Paciente, e Práticas de Segurança definidas no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente para a definição de prioridades de trabalho em serviços de saúde. A redução e mitigação de riscos devem ser cumpridas de acordo com as orientações previstas na RDC nº. 36/20137. E nos casos serviços de obstetrícia, as evidências científicas mais recentes devem ser observadas no *Intrapartum care* (WHO, 2018), *Safe Childbirth Checklist Implementation Guide Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns* (WHO, 2015), *Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade* (BRASIL, 2014), *Checklist do Parto Seguro* (OMS, 2016), *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* (BRASIL, 2016), *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana* (BRASIL, 2016).

2) Execução, que deve levar em conta:

- a. educação em serviço, implantar a cultura da segurança do paciente;
- b. promoção e o engajamento das lideranças e dos profissionais da linha de frente do cuidado, em torno das ações propostas;
- c. execução das ações propriamente ditas, conforme planos de trabalho;
- d. devida documentação de cada ação.

3) Ações de Avaliação:

- a. acompanhamento e avaliação periódica de indicadores;
- b. realização de reuniões multidisciplinares para apresentação e discussão dos resultados (feedback);
- c. avaliação da necessidade de ações corretivas.

4) Ações de Revisão:

- a. implementação ações corretivas;
- b. documentação de tais ações;
- c. alteração e/ou redesenho dos processos definidos, com vistas à melhoria contínua e estabelecimento de ações que previnam incidentes relacionados à assistência a saúde, especialmente aos EA;
- d. identificar de necessidades de novo planejamento. Periodicamente o PSP deve ser revisto e atualizado.

5) Tratamento:

O PSP tem como função, após diagnosticar as falhas e riscos, determinar ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir esses riscos, considerando a existência e a disponibilidade de medidas efetivas. Por outro lado, também pode decidir pelo não tratamento de determinado risco.

6) Comunicação do Risco:

O PSP deve comunicar o NSP para toda organização, em todos os momentos, desde o planejamento à revisão. Os resultados do PSP devem ser divulgados para que todos possam verificar se houve progresso com a implantação das ações a partir de uma comparação com o diagnóstico da situação inicial.

Capítulo 2

2 ADAPTAÇÃO DOS PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS PARA OBSTETRÍCIA

2.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (A&CR)

Ao descrever o A&CR para os serviços de Obstetrícia, foi utilizado o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014d). Uma de suas primeiras premissas refere-se ao significado de acolhimento:

Segundo a Política Nacional de Humanização, “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia implicam em prestar atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”. (ACOLHIMENTO, 2014 apud BRASIL, 2014d, p. 13)

Pressupõe-se então que o acolhimento deve ser a postura a ser exercida por toda a equipe, para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos pacientes. Não sendo um ato isolado, para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas” e multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias (BRASIL, 2014d).

O acolhimento garante o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado. É uma das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional e usuário, que reconhecidos como sujeitos participantes e ativos no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2014d).

Para iniciar a implantação da Classificação de Risco, durante o acolhimento, faz-se necessário as seguintes mudanças iniciais:

- responsabilizar os profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- aperfeiçoar o trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;

- atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetrix em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo os referenciais da ambiência;
- informação à mulher e aos familiares e/ou acompanhantes do tempo de espera previsto para atendimento.

2.1.1 Implantação e recomendações do A&CR

Assim como na implantação do NSP, se faz muito importante a interação de toda a equipe de saúde e, da mesma forma, é fundamental o compromisso dos gestores com o processo de implantação dos procedimentos de AC&R. (BRASIL, 2014d).

O manual utilizado para esse capítulo baseia-se no pressuposto da construção coletiva, especialmente com a equipe da porta de entrada da maternidade, sendo essa estratégia fundamental para operar mudanças no modo de organizar o serviço de saúde. (BRASIL, 2014d). Recomenda-se para isso, a utilização de métodos interativos de identificação de problemas na assistência e organização dos serviços, além do uso do Manual de AC&R em Obstetrícia, de forma coletiva, como proposta de ação para aprimorar a capacidade de análise e intervenção das equipes. Deve-se realizar oficina de mobilização para discussão sobre o AC&R com todo o serviço e representantes de usuários (o contexto hospitalar, conceitos e fluxos internos e externos).

Algumas estratégias para implantação e adaptação do Manual são:

- a) constituição de um grupo de trabalho para planejamento, monitoramento e avaliação da operacionalização e implantação do A&CR;
- b) elaboração de plano de ação, com envolvimento da equipe multiprofissional;
- c) construção de agenda de monitoramento e avaliação permanente do plano de ação.

SUGESTÃO DE PLANO DE AÇÃO

- A adequação do espaço físico e ambiência, compondo as reformas pertinentes e incluindo a sinalização interna (porta de entrada e saída, consultórios, centro obstétrico, laboratório, área de imagens e demais unidades) de acordo com as necessidades do serviço.
- Adequação dos fluxos de atendimento nos serviços de apoio diagnóstico, centro obstétrico, entre outros;
- Elaboração de material de divulgação sobre o A&CR para os usuários;
- Articulação com os Conselhos de Saúde;
- Capacitação de enfermeiros para a execução da Classificação de Risco em obstetrícia;
- Socialização do Protocolo de A&CR com todos os trabalhadores da maternidade.

Para as oficinas, reuniões e rodas de conversa, o manual de AC&R sugere algumas questões disparadoras para discussão e uma matriz de planejamento para apoiar a organização do processo, sendo importante desenhar o planejamento a fim de manter o foco nos objetivos:

1. O que significa acolhimento para esta maternidade?
2. O que significa A&CR?
3. Quais são os desafios para a implantação do A&CR?
4. Quais as estratégias e ações propostas para implantação do A&CR?
5. Que resultados são esperados?

Sugestão de matriz de planejamento:

QUADRO 2 - MATRIZ DE PLANEJAMENTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO A&CR NA MATERNIDADE:

OBJETIVOS	METAS	AÇÕES	RECURSOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014d).

2.1.2 Atribuição das Equipes de A&CR

O processo de AC&R é uma ação de caráter interdisciplinar que envolve diferentes profissionais e deve nortear um “padrão de conduta”, sem enrijecer as atividades dos trabalhadores envolvidos nas equipes multiprofissionais. (BRASIL, 2014d).

As atribuições específicas de cada categoria profissional são (BRASIL, 2014d):

PROFISSIONAIS DA RECEPÇÃO:

- Acolher todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher correta e completamente a ficha de atendimento, com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na emergência do centro obstétrico/maternidade, para fins estatísticos;
- Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;
- Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente (em hipótese alguma é permitido abandonar o plantão, sem que outro funcionário o assuma);
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

TÉCNICO(A)/AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO A&CR:

- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar as queixas, os medos e expectativas da mulher;
- Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na Classificação de Risco;
- Aferir sinais vitais da mulher;
- Encaminhar a usuária para atendimento após Classificação de Risco;
- Encaminhar e orientar a usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher, enquanto essa aguarda atendimento;
- Acompanhar a usuária para Serviço Social e Psicologia, caso seja encaminhada pelo profissional médico ou enfermeiro;
- Realizar passagem de plantão regularmente, uma vez que não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

ENFERMEIRO(A) DO A&CR:

- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar a mulher pelo nome, solicitando a presença de um acompanhante;
- Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando por meio de cores a classificação da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e/ou maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Supervisionar o trabalho do técnico e/ou auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, pois não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrar, em livro próprio, as ocorrências do setor.

ENFERMEIROS(AS) OBSTETRAS:

Além das atribuições dos Enfermeiros(as), compete, aos(às) especialistas:

- Realizar consulta de gestantes de risco habitual, bem como o preencher a Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Atender as mulheres que lhes competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e/ou maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.

MÉDICOS(AS) OBSTETRAS:

- Atender as usuárias que lhes competem de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e/ou maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS local e regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
- Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo existente.

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA:

- Direcionar a mulher desde a porta de entrada até a recepção
- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade

COORDENAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA :

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe do A&CR sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

SERVIÇO DE TRANSPORTE (QUANDO HOVER):

- Ajudar na recepção de mulheres impossibilitadas de deambular;
- Transportar a paciente de forma segura e cordial;
- Garantir a privacidade e respeitar o pudor da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade;
- Atender às solicitações de prioridade no setor de emergência obstétrica.

PARA TODA A EQUIPE:

- Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho do A&CR.

O protocolo da Classificação de Risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas, sendo um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda.

A Classificação de Risco deve ser iniciada no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação, queixa ou evento apresentado por ela, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes.

QUADRO 3 – CHAVES DE DECISÃO DOS FLUXOGRAMAS

Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental
2. Avaliação da respiração e ventilação
3. Avaliação da circulação
4. Avaliação da dor (escalas)
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
6. Fatores de risco

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014d).

Categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes.

1. Avaliação sumária do nível de consciência: pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Essas pacientes podem apresentar via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

- vias aéreas: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco;
- respiração: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, *gasping*¹⁰ ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Pode haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz;
- circulação: a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência;
- hemorragia grave: a morte pode ocorrer rapidamente se não for interrompida;
- hemorragia exanguinante: o sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;

¹⁰ *Gasping*: respiração agônica ou entrecortada, em tradução livre.

- sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml ou uso de mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
- sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
- sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

QUADRO 3 - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM GESTANTES E PUÉRPERAS

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	FREQUÊNCIA CARDÍACA
Inaudível ou abaixo de 80	---	≥ 140 ou ≤ 59 bpm e paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 140 ou ≤ 50 bpm e paciente assintomática
≥ 140 mmHg ou ≤ 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg ou ≤ 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais) (BRASIL, 2014d).





QUADRO 4 - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA GLICEMIA

GLICEMIA	VALORES
Hiperglicemia	Glicemia > 300 mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200 mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50 mg/dl

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes (BRASIL, 2012).

Avaliação da dor: consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher.

QUADRO 5 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA

 AZUL	 VERDE			 AMARELO			 LARANJA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014d).

Sugere-se que o enfermeiro questione a paciente quanto ao grau de dor, conforme sugere-se no QUADRO 7 (BRASIL, 2014d).

QUADRO 6 – SUGESTÃO DE PERGUNTAS PARA ABORDAGEM DE PACIENTE SOBRE DOR

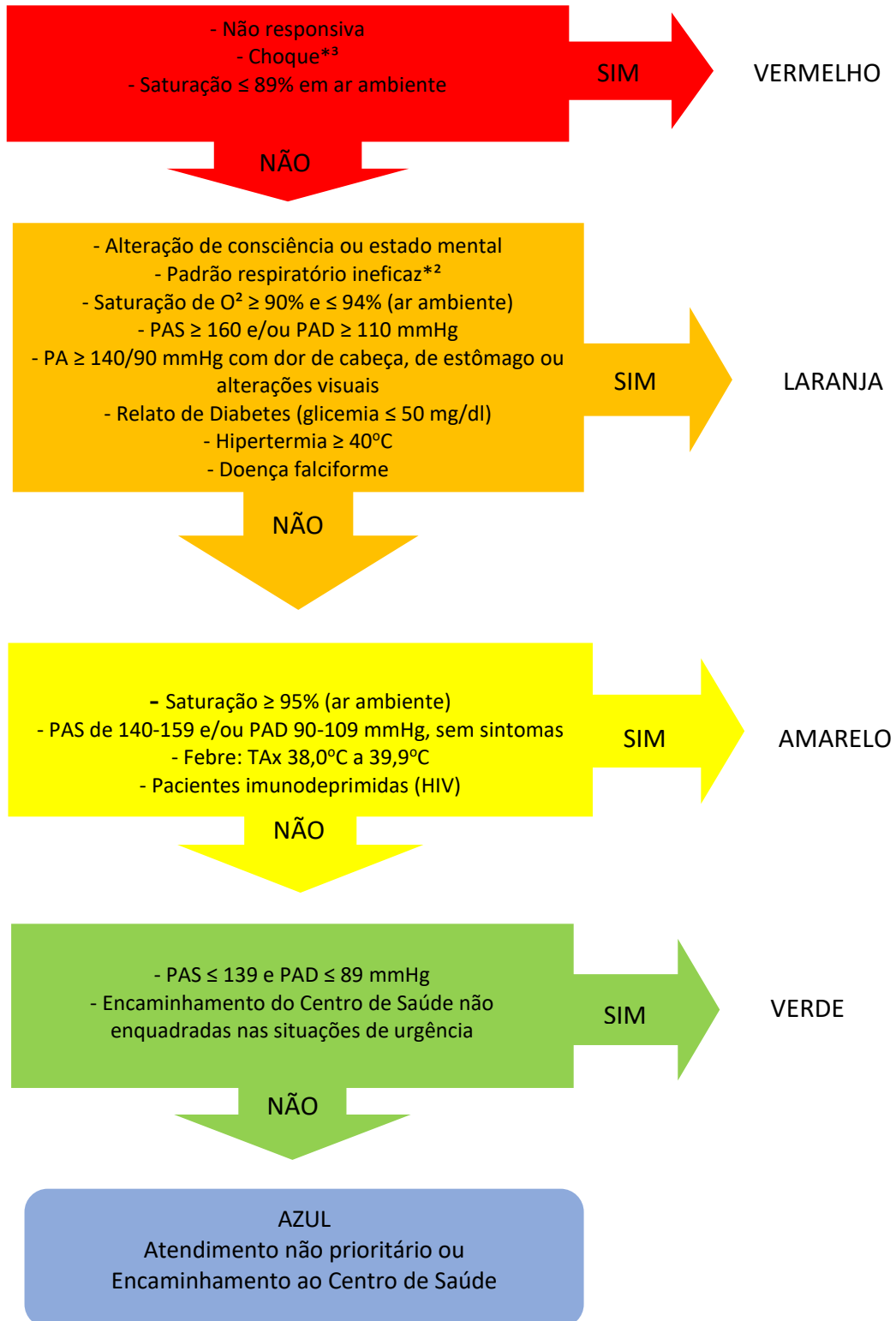
DICAS SOBRE COMO ABORDAR A PACIENTE (PERGUNTE):

- ✓ Você tem dor?
- ✓ Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0, nenhuma dor e 10, a pior dor que você pode imaginar?
 - Observação:
 - a. Se não houver dor, a classificação é zero;
 - b. Se a dor for moderada, o nível de referência é de 4 a 6;
 - c. Se a dor for intensa, o nível de referência é de 7 a 10.

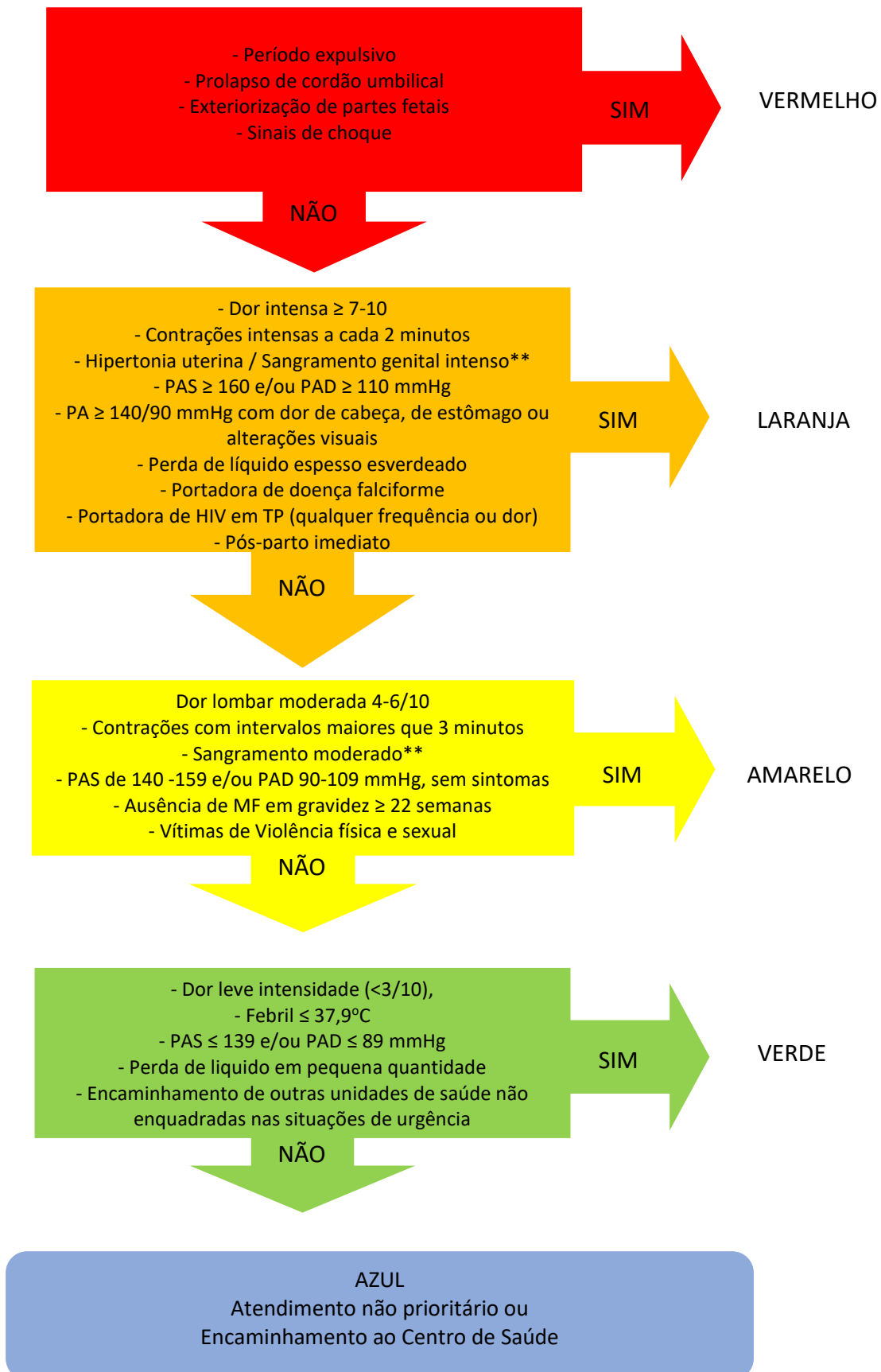
FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. (BRASIL, 2014d.)

No Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014d), o Ministério da Saúde recomenda que sejam utilizados os seguintes fluxogramas para a Classificação de Risco, a fim de identificar a partir da queixa apresentada, a melhor conduta a ser seguida e em tempo hábil para evitar EA:

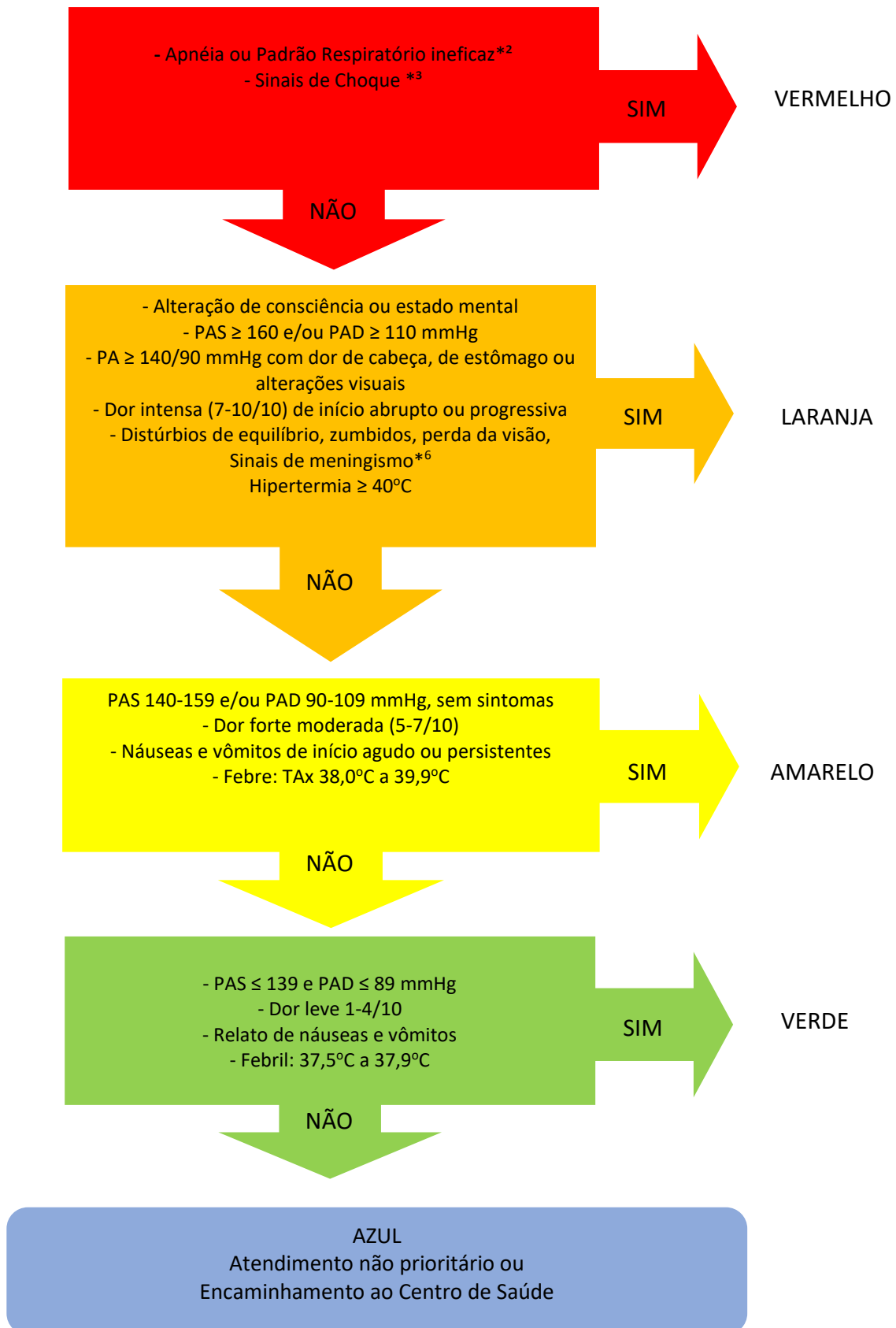
1. DESMAIO / MAL ESTAR GERAL;



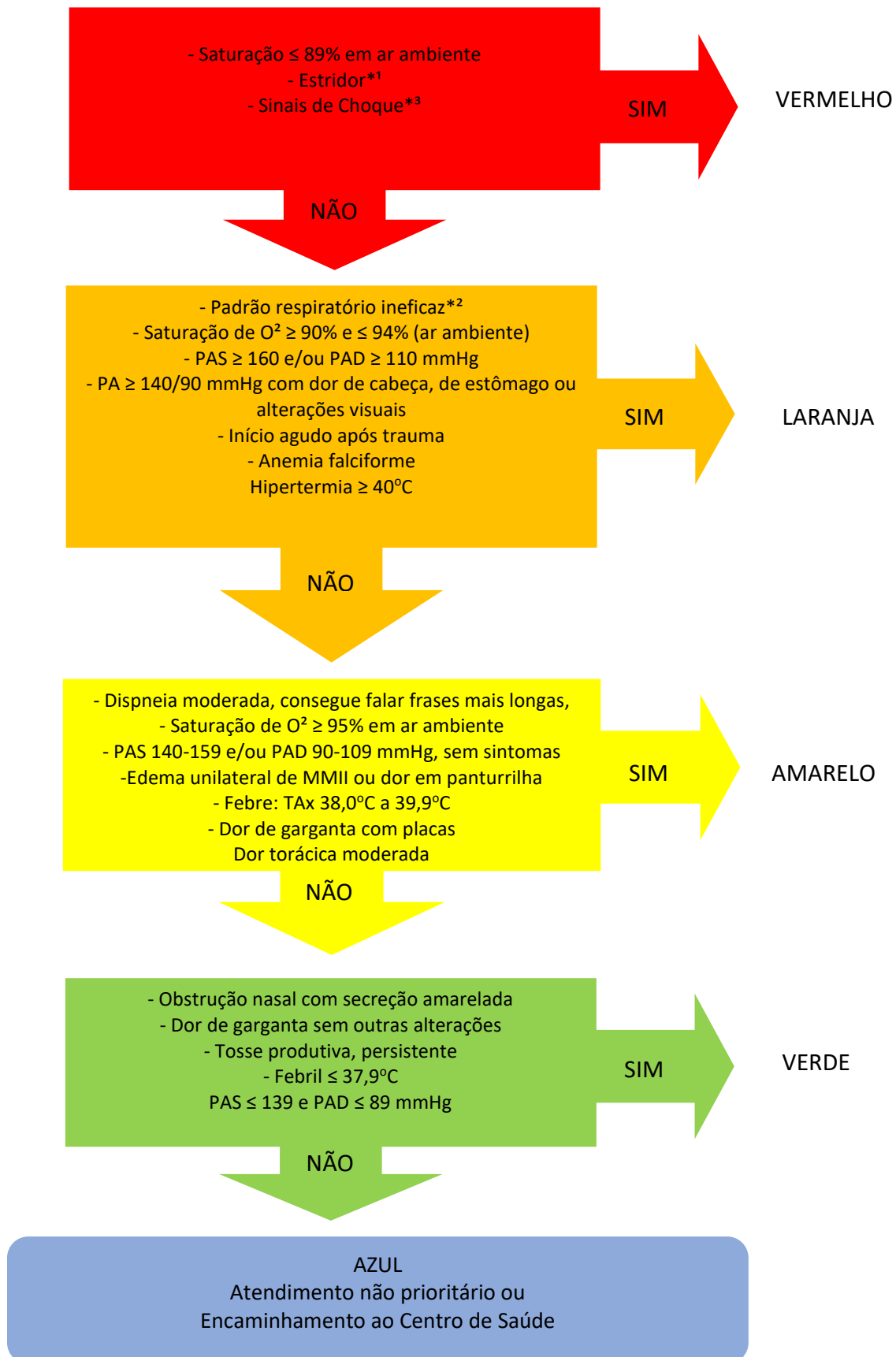
2. DOR ABDOMINAL / LOMBAR / CONTRAÇÕES UTERINAS;



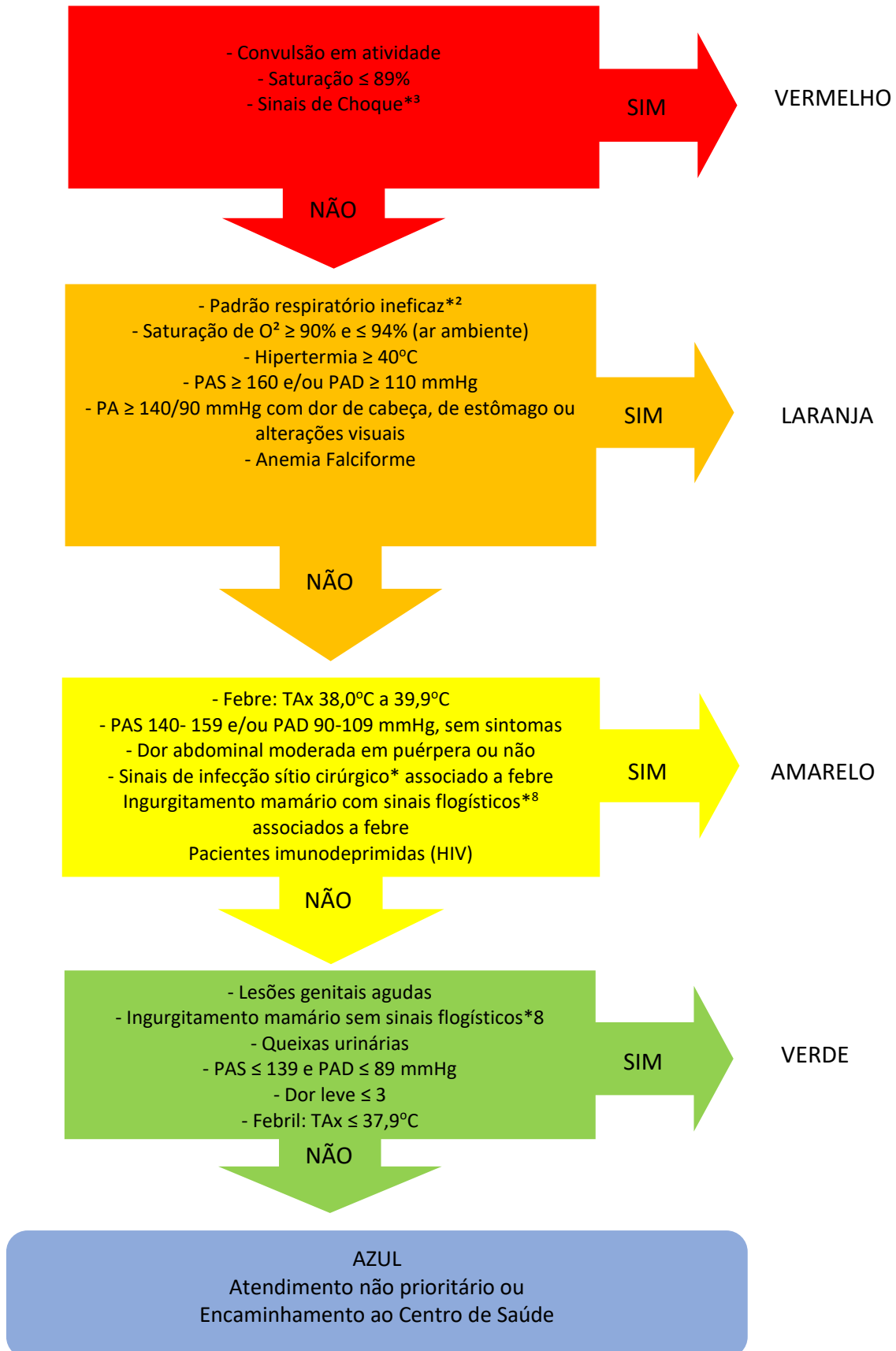
3. DOR DE CABEÇA, TONTURA, VERTIGEM;



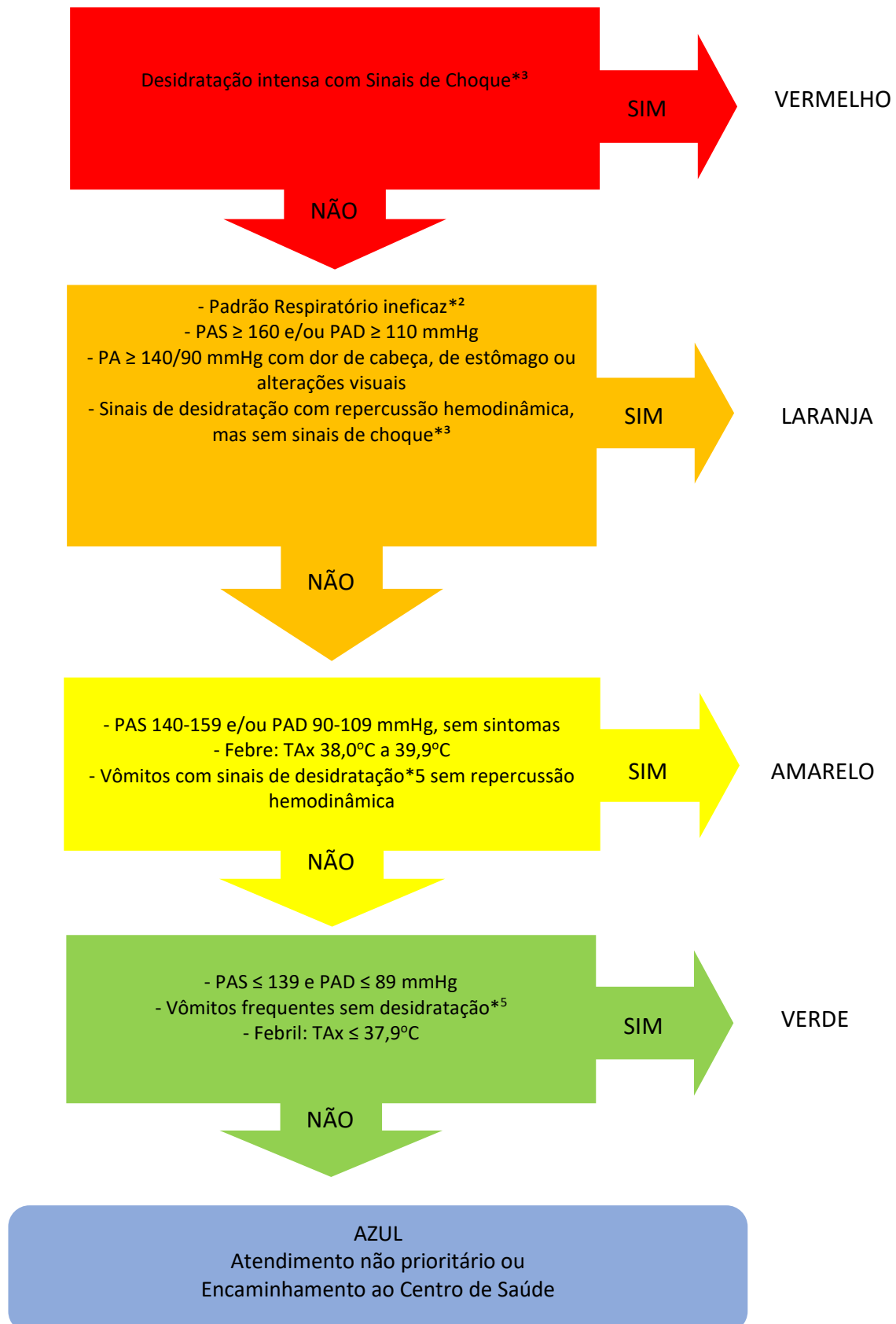
4. FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS;



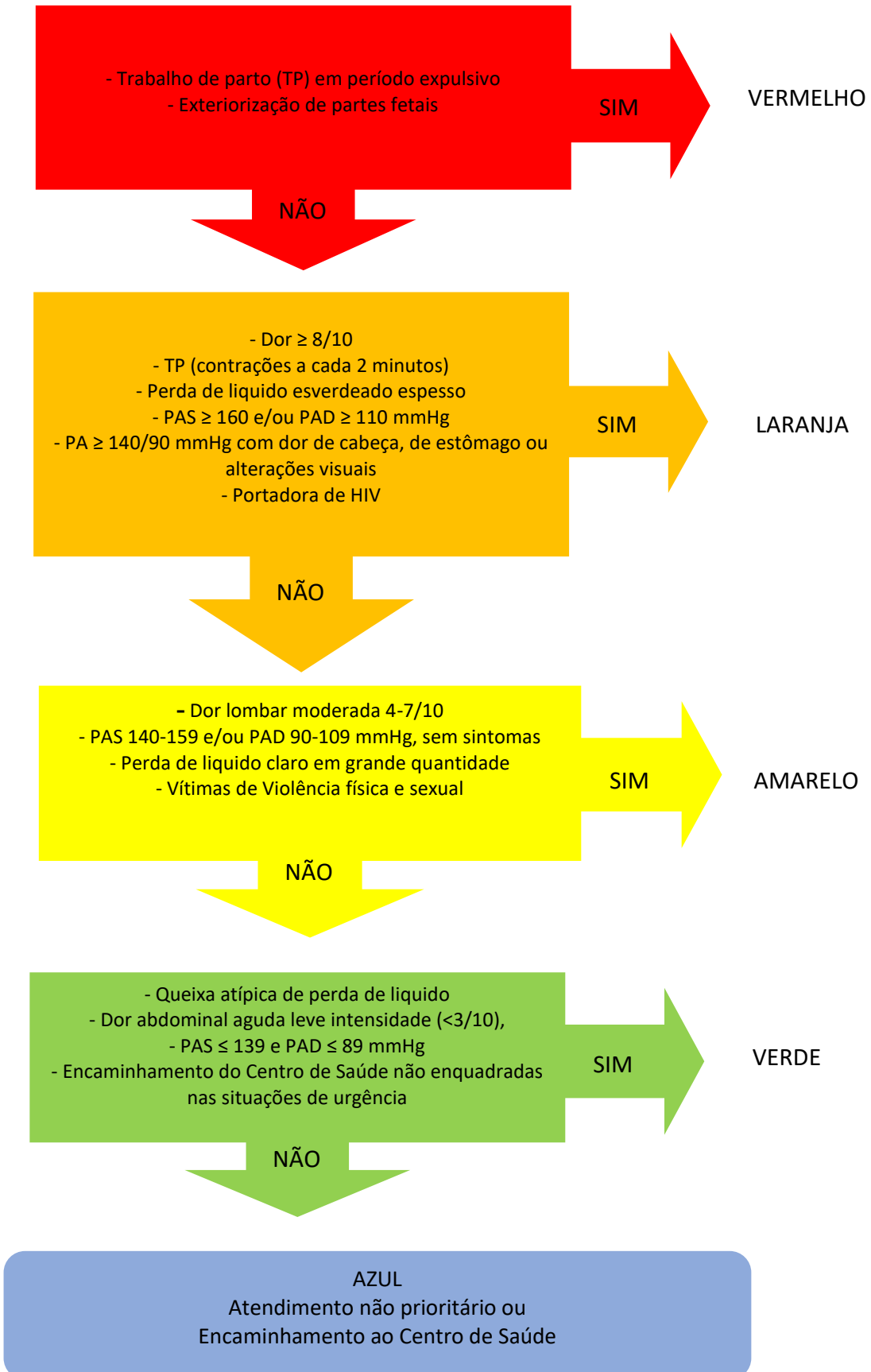
5. FEBRE / SINAIS DE INFECÇÃO;



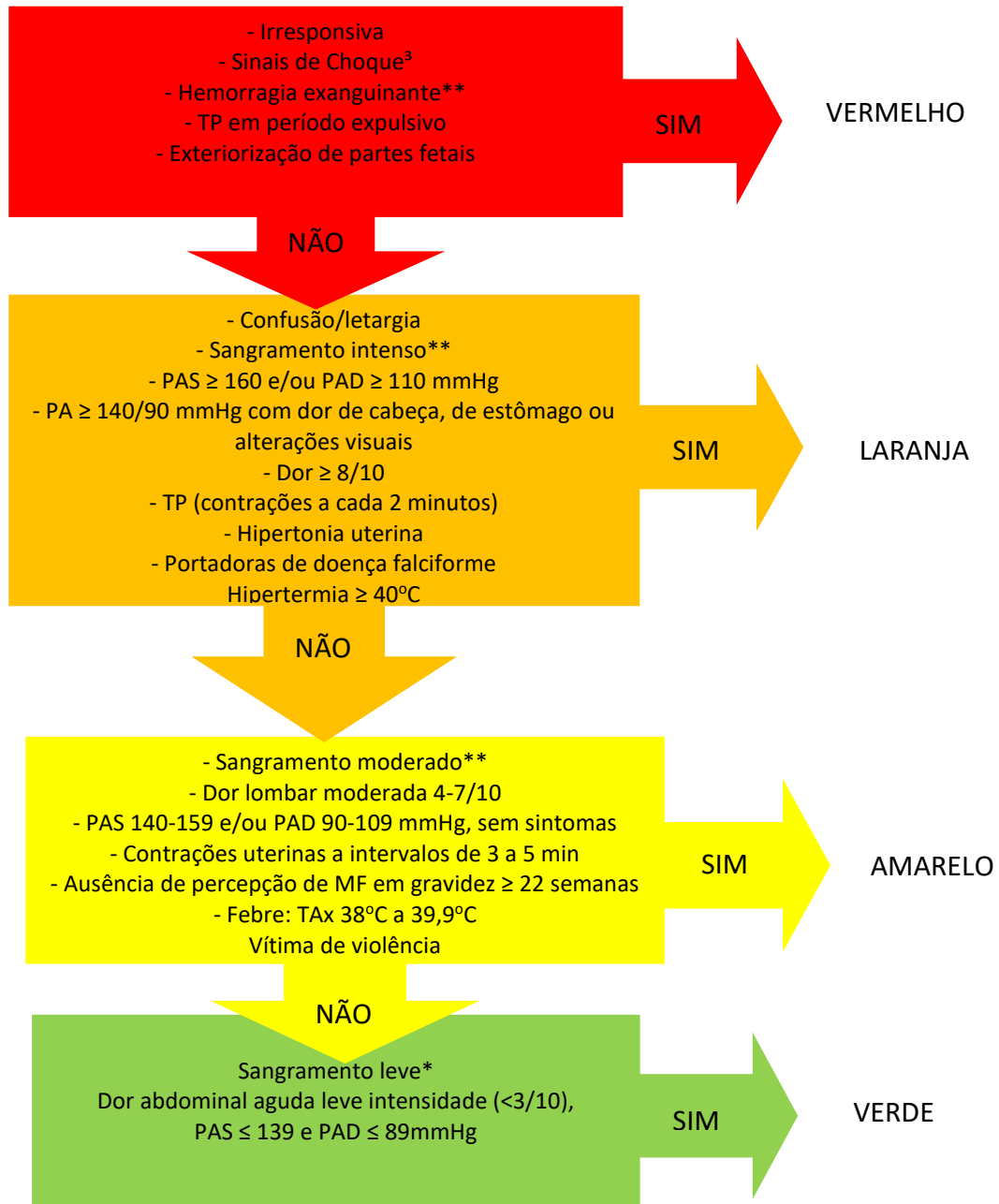
6. NÁUSEAS E VÔMITOS;



7. PERDA DE LÍQUIDO VAGINAL / SECREÇÕES;



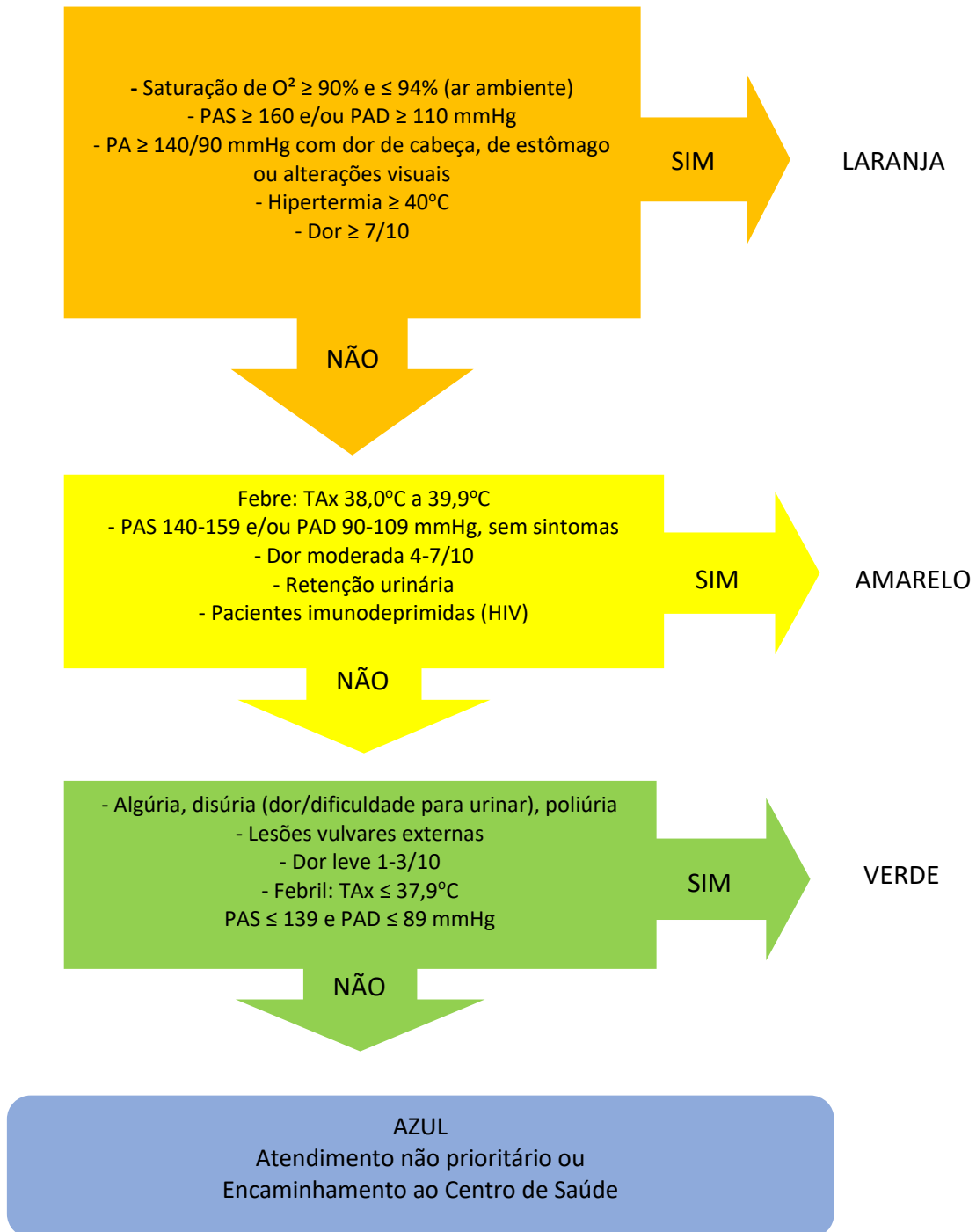
8. PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL;



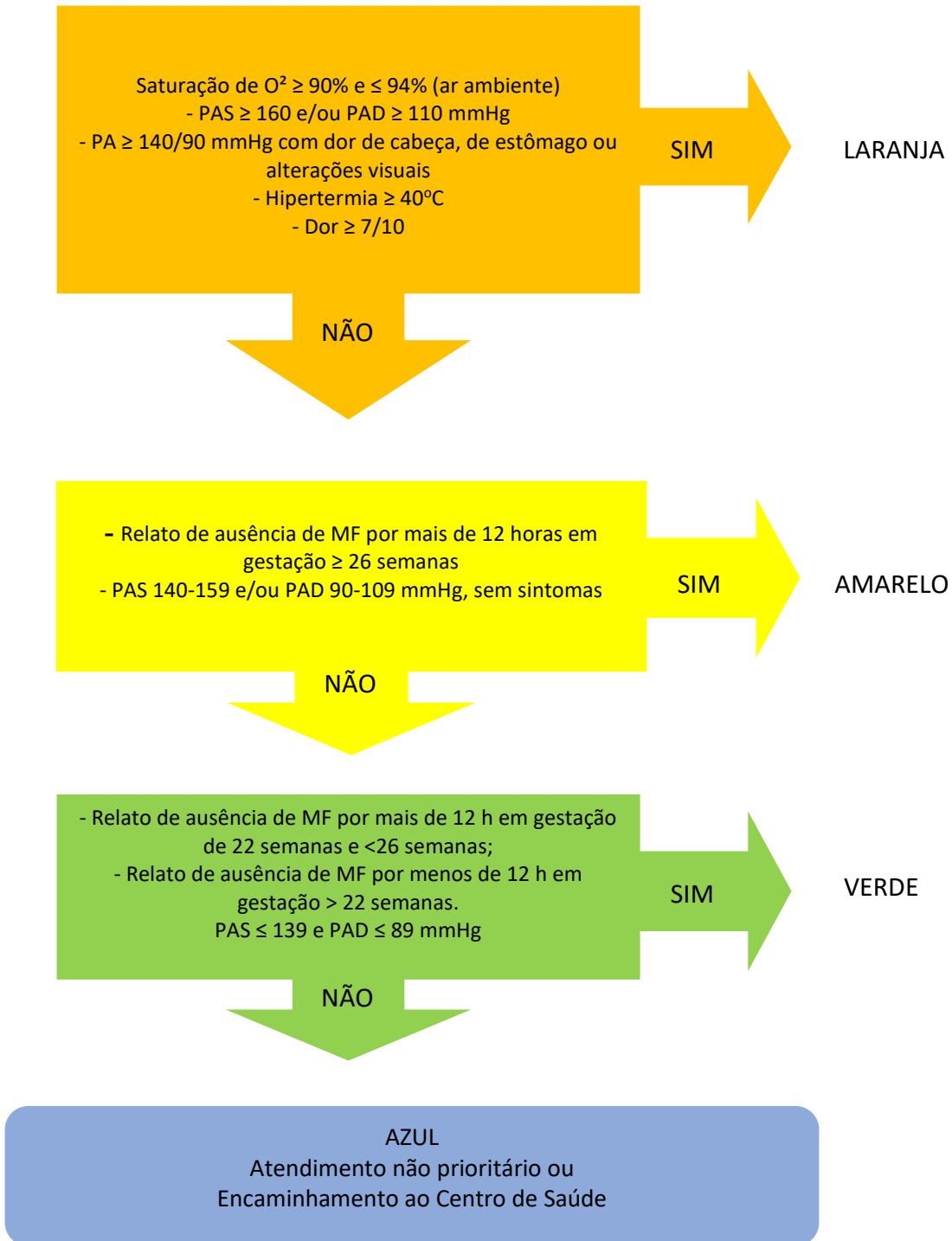
** VOLUME APROXIMADO DE PERDA SANGUÍNEA	FC	PAS
Exanguiante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥ 120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150ml em 20 minutos (1 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤ 90	Normal

FONTE: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014d).

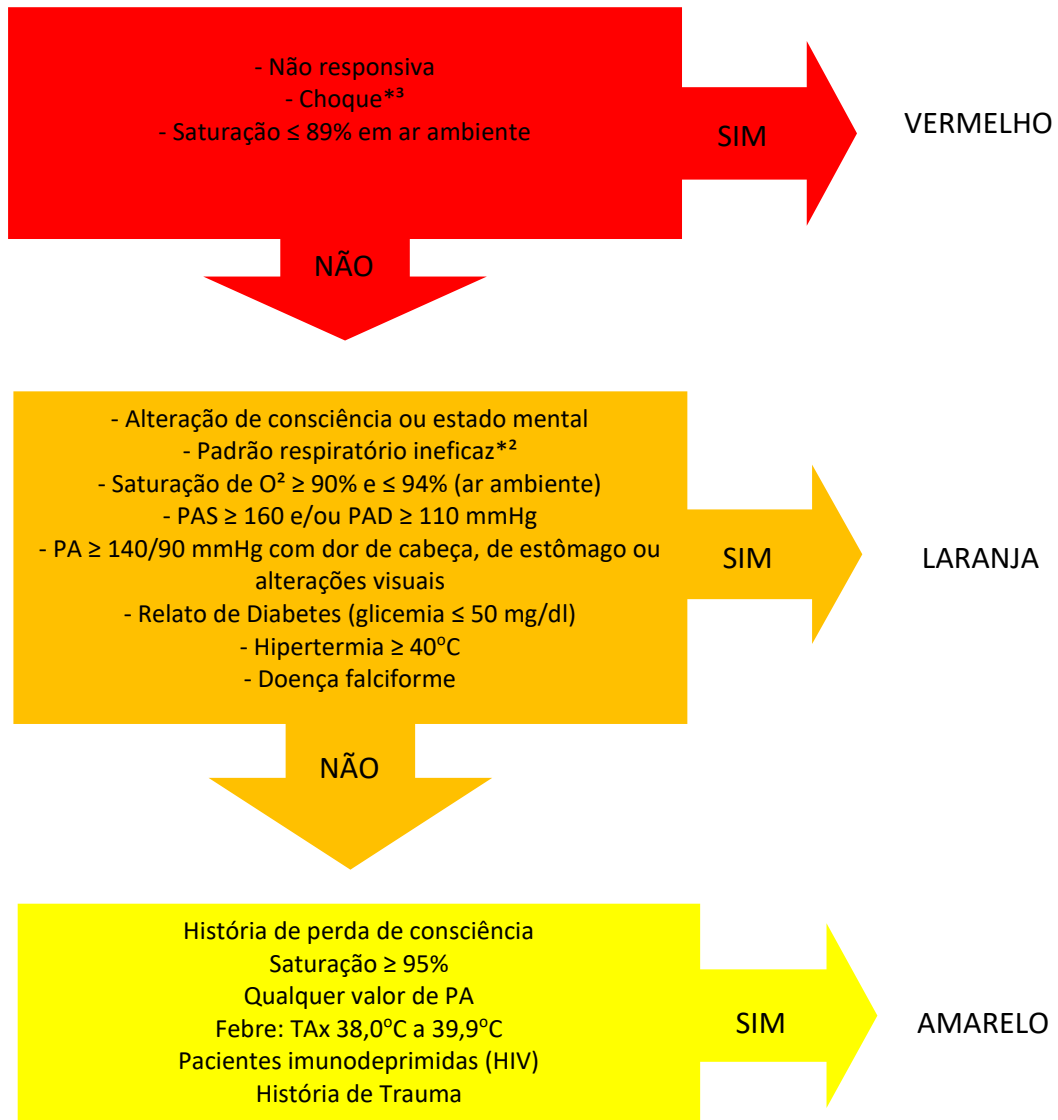
9. QUEIXAS URINÁRIAS;



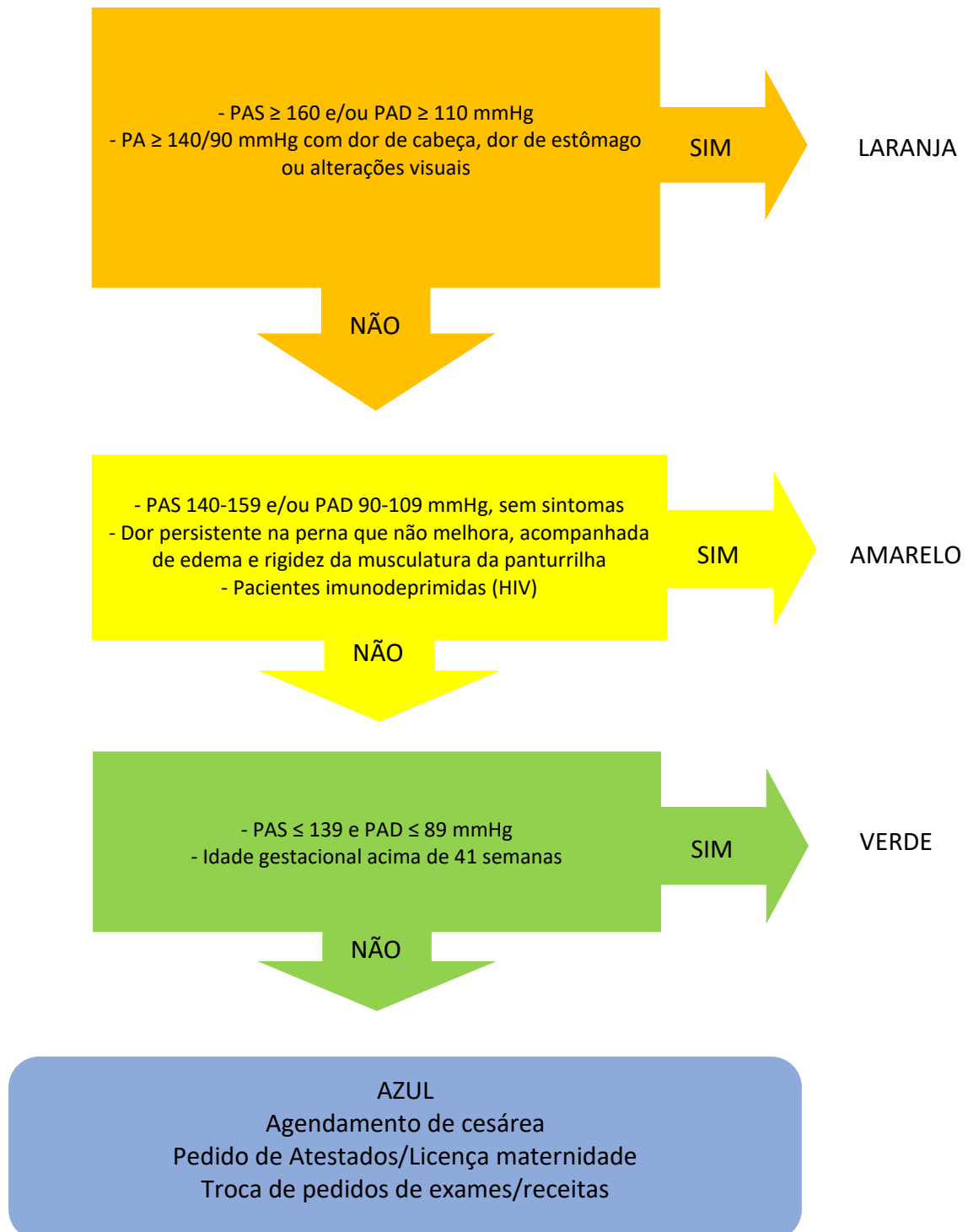
10. PARADA OU REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS;



11. RELATO DE CONVULSÃO;



12. OUTRAS QUEIXAS / PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO



DESCRITORES:

- *¹ → Estridor laríngeo: som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea
- *² → Padrão respiratório ineficaz: gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.
- *³ → Sinais de choque: Hipotensão (PA sistólica \leq 80mmHg) Taquicardia (FC \geq 140bpm) ou Bradicardia (FC \leq 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.
- *⁴ → Sinais flogísticos: Dor, calor, rubor e edema
- *⁵ → Sinais de desidratação: hipotensão, taquicardia, turgor da pele deficiente, preenchimento capilar lento, choque
- *⁶ → Sinais de meningismo: rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça (BRASIL, 2014d)

2.2 CHECKLIST¹¹ MATERNIDADE SEGURA

Com base nas diretrizes da OMS (2016), os itens do *Checklist* ajudam a evitar a maioria das causas de mortes maternas, relacionadas ao parto e mortes neonatais (incluindo hemorragia, infecção e complicações do trabalho de parto, hipertensão e prematuridade do feto). Além disso, o *Checklist* do Parto Seguro da OMS também auxilia os profissionais de saúde a garantir que práticas essenciais ao nascimento serão realizadas em momentos críticos durante o nascimento do bebê, em cada parto.

De 2012 até março de 2015, a OMS testou exaustivamente o *Checklist*. Foram registrados projetos de 34 grupos, abrangendo 29 países e 234 serviços de saúde em obstetrícia. Neste protocolo, tanto o *Checklist* como os momentos de pausa descritos no documento, são adaptados à realidade brasileira.

A elaboração do presente material com base no instrumento confeccionado pela OMS em 2016 considera o fluxo rotineiro de eventos e as práticas essenciais de nascimento, que acabaram simplificadas em quatro seções. Essas quatro seções, ou pontos de pausa, específicas no tempo, descritas no QUADRO 8, especificam o momento em que os profissionais de saúde devem "verificar" se todas as práticas essenciais ao nascimento foram cumpridas, evitando assim os EA e possíveis ES. (OMS,2016).

¹¹ *Checklist*: Lista de Verificação, em tradução livre.

É importante ressaltar que, devido às condições não previstas, os pontos de pausa podem acabar acontecendo em espaços diferentes daqueles em que são esperados para ocorrer, por exemplo:

QUADRO 7 - PONTOS DE PAUSA

PONTO	LOCAL
“Ponto de pausa 1”	Pode acontecer no balcão de admissão.
“Ponto de pausa 2”	Pode ocorrer na sala de parto.
“Ponto de pausa 3”	Pode ocorrer na cama de parto.
“Ponto de pausa 4”	Pode ter lugar na enfermaria pós-parto.

FONTE: A autora (2019)

Em centros de saúde que possuam apenas uma sala de trabalho de parto, todos os pontos de pausa podem ocorrer no mesmo lugar, por vezes, até mesmo em locais que se utilizem de estruturas e/ou suítes pré-parto, parto e pós-parto (PPP).

Cada centro de saúde deve determinar, com base em suas próprias necessidades e práticas, onde a enfermeira realizará as suas verificações, durante cada um dos quatro pontos de pausa. Se esses pontos de pausa ocorrerem em locais separados, o *Checklist* deve "seguir" a mulher e o RN em cada etapa do atendimento. Em muitas situações, manter o *Checklist* no prontuário irá permitir que a equipe possa encontrá-lo mais facilmente durante uma eventual necessidade.

Uma estratégia para ajudar a equipe a adquirir o hábito de aplicar o *Checklist* é definir os pontos de pausa e sinalizá-los com a ajuda dos banners, que serão apresentados na sequência, e que contém as figuras sugeridas pela OMS.

Comumente, *Checklists* podem ser usados de duas formas:

1ª "Leia-Faça", primeiro lê-se o item no *Checklist*, e em seguida, realiza-se a tarefa;

2ª "Faça-Cheque", primeiramente realiza-se a tarefa para, em seguida, procurar o item na lista, marcando-o como realizado. Qualquer um dos métodos pode ser utilizado, embora muitos achem o método "Leia-Faça" mais fácil (WHO, 2015).

BANNER 1 – PONTO DE PAUSA 1

Maternidade Segura
Ponto de Pausa 01

Na admissão do serviço, no momento classificação de risco



Imagem adaptada do Guia de Implantação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (OMS, 2017, p.09).

Checar:

- ✓ Se a mulher é referência do serviço (risco habitual, alto risco);
- ✓ Observar a necessidade de transferência e, caso haja, tomar as devidas providências (contato prévio, transporte);
- ✓ Orientar a mulher e seu acompanhante sobre os sinais de perigo para os quais devem pedir ajuda.

FONTE: A autora (2019).

BANNER 2 – PONTO DE PAUSA 2

Maternidade Segura
Ponto de Pausa 02

Antes do período expulsivo



Checar:

- ✓ Aplicar o *Checklist* Maternidade Segura em caso de parto normal ou de Cirurgia Segura, em caso de cesariana;
- ✓ Detectar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto;
- ✓ Preparar a equipe e o ambiente para eventos de rotina e possíveis situações emergência que possam ocorrer depois do parto.

Imagem adaptada do Guia de Implantação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (OMS, 2017, p.09).

FONTE: A autora (2019).

BANNER 3 – PONTO DE PAUSA 3

*Maternidade Segura***Ponto de Pausa 03****Logo após o nascimento****Checar:**

- ✓ Ainda no período de Greenberg, examinar a mãe e o bebê, logo a seguir ao nascimento;
- ✓ Detectar e tratar complicações que possam ocorrer depois do parto;
- ✓ Orientar a mulher e acompanhante sobre os sinais de perigo, para os quais devem pedir ajuda.


Imagem adaptada do Guia de Implantação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (OMS, 2017, p.09).

FONTE: A autora (2019).

BANNER 4 – PONTO DE PAUSA 4

Maternidade Segura
Ponto de Pausa 04

Antes da Alta



Checar:

- ✓ Examinar a mulher e o recém-nascido antes da alta;
- ✓ Preparar e agendar seguimento, mostrar que as opções de planejamento familiar foram discutidas e oferecidas à mãe e acompanhante;
- ✓ Orientar a mulher e acompanhante sobre quais são os sinais de perigo;
- ✓ Orientar a mulher e acompanhante que, em caso de perigo, deve-se chamar ajuda.

Imagem adaptada do Guia de Implantação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (OMS, 2017, p.09).

FONTE: A autora (2019).

2.2.1 Como usar o *Checklist* do parto :

Cada item do *Checklist* é importante para todas as mulheres e todos os partos. Os(as) enfermeiros(as) devem sempre consultar o *Checklist*, em cada ponto de pausa, mesmo que estejam confiantes em seu conhecimento das práticas de nascimento.

Vários itens do documento em questão exigem a administração de medicamentos, tais como antibióticos, sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e ocitocina, citando ou não medicações específicas. Neste protocolo, o *Checklist* da OMS foi adaptado para realidade brasileira, portanto, ao utilizá-lo é importante revisar e adaptar as etapas para o local de

trabalho onde o mesmo será utilizado. Assim sendo, tanto as dosagens dos medicamentos quanto os tratamentos específicos para cada caso devem estar de acordo com os protocolos institucionais utilizados.

Uma cópia do documento original do Parto Seguro da OMS, que consta nos sites da OMS, pode ser baixada como documento adicional de consulta no *link*: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199179/WHO-HIS-SDS-2015.26-por.pdf?sequence=5>.

2.2.2 Implementando *Checklist* do parto seguro

Os três passos-chave que podem ajudar cada unidade ou sistema de saúde a alcançar os melhores resultados são: adesão, lançamento e apoio.

ADESÃO: conseguindo apoio e estabelecendo uma equipe para apoiar a implementação. Para isso, deve-se:

- garantir apoio e compreensão das partes interessadas *Checklist*;
- estabelecer uma equipe para assumir a responsabilidade pelo *Checklist*;
- atualizar os recursos e práticas para determinar o que é necessário para que a *Checklist* seja bem sucedido;
- adaptar o *Checklist* para que se ajuste às diretrizes e protocolos locais.

LANÇAMENTO: deve-se prever:

- o lançamento do *Checklist* de Nascimento Seguro por meio de um evento ou treinamento oficial;
- a incorporação de formação técnica para eliminar as lacunas na prática.

APOIO: é de suma importância:

- incentivar o uso do *Checklist* por meio de treinamento, monitoramento e avaliação, usando habilidades de coaching;
- discutir o uso da Lista, mostrando outros trabalhadores da área de saúde, que já a adotaram;
- ajudar a dar *feedback* respeitoso e construtivo, para que se encoraje a mudança e se motive a adesão;

- documentar os sucessos e desafios por meio de informações colhidas sobre o uso do *Checklist*, como comportamentos essenciais à prática, nascimento e disponibilidade de suprimentos;
- compartilhar regularmente informações que possam contribuir para o melhoramento do *Checklist*.

PONTOS IMPORTANTES A SEREM OBSERVADOS:

1. Identificar quais indivíduos, instituições ou organizações devem dar aprovação ou suporte para o uso do *Checklist*. É importante obter o endosso público de indivíduos, instituições e organizações-chave para assegurar a efetivação do documento. O envolvimento com diferentes níveis administrativos de saúde é especialmente importante para garantir que eles estejam conscientes dessa ação.

Ao abraçar publicamente o processo e fornecer os recursos necessários, esses líderes enviam uma importante mensagem de apoio para a adoção da lista de Verificação que, por sua vez, motivará toda a equipe de saúde a usá-la. Saber quem se deve contatar é o primeiro passo para implementá-lo com sucesso, uma vez que, em muitas instituições, os médicos não são funcionários, mas apenas contratados terceirizados que ali exercem suas funções.

2. Organizar uma reunião para descrever e explicar o *Checklist* a fim de obter o apoio de representantes de secretarias e/ou unidades/centros de saúde ou maternidades, além de outros participantes. Deve-se primeiro explicar em que consiste essa lista de verificação, como funciona e por que cada um de seus itens é tão importante.

3. Estabelecer uma equipe composta por líderes em cuidados de saúde e nascimento para orientar a efetivação do documento, uma vez que, apenas um apoio geral para utilizá-lo não é suficiente. Para obter sucesso, deve-se decidir quem será diretamente responsável por orientar o processo de implementação. A nível nacional ou estadual, um grupo de trabalho, uma instituição ou organização responsável, ou mesmo uma equipe, podem orientar a implementação do *Checklist* de Nascimento Seguro, em nível de unidades ou centros de saúde. Deve-se selecionar um ou mais trabalhadores da área para serem guias no processo de implantação dos instrumentos. Esses multiplicadores podem ser escolhidos dentre a equipe multidisciplinar. Eles devem desempenhar um papel ativo no gerenciamento de cada etapa do processo de implementação. A equipe pode se beneficiar em convidar um membro do próximo nível administrativo de saúde, como um escritório distrital ou regional de saúde. Isso pode ser

valioso, especialmente no início do processo de implementação, e pode ajudar outras unidades a também implementarem o *Checklist*.

4. Revisar os recursos disponíveis e as práticas atuais para determinar como o *Checklist* pode ser melhor utilizado. Constatadas as necessidades, o essencial deve ser cumprido para a garantia de sucesso. No início do processo de implementação, os líderes devem coletar dados sobre que suprimentos, diretrizes e/ou políticas, questões relacionadas à infraestrutura (por exemplo, pias para lavagem das mãos) estão disponíveis nas unidades e centros, e quais práticas estão em vigor. Esses dados servirão para vários propósitos: revelarão as formas pelas quais as unidades podem melhorar seus cuidados e ajudarão a avaliar as melhorias após o início do processo de implementação. Além disso, também poderão motivar a equipe a mudar suas práticas à medida que o processo está em andamento. Assim, os líderes devem ser extremamente cuidadosos para coletar esses dados de forma simpática e não ameaçadora. A equipe deve saber que o objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados para mães e RNs.

Sem os suprimentos essenciais, não é possível introduzir com sucesso o *Checklist* em uma instalação ou sistema de saúde. Uma lista de materiais e equipamentos deverá constar para que o *Checklist* Maternidade Segura seja bem sucedido.

Esse documento também poderá ser usado para realizar uma avaliação inicial dos recursos, bem como para monitorá-los regularmente, garantindo que os suprimentos necessários estejam sempre disponíveis. Uma avaliação inicial bem documentada pode defender uma melhor aquisição e gerenciamento da cadeia de suprimentos em nível local.

5. Personalizar o *Checklist* para torná-lo mais relevante para cada unidade e ou sistema de saúde. Segue, nas próximas páginas, sugestão levando em consideração a realidade brasileira e também os itens da segurança do paciente e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

2.2.3 Folder do Checklist Maternidade Segura

CHECK LIST MATERNIDADE SEGURA



**PROTOCOLO
MATERNIDADE SEGURA**

ANTES DA ALTA

() Período de internação mínima de horas após o parto

• **A mulher precisa começar antibióticos?**

() Não
() Sim, administrado e alta atrasada

→ Uso de antibióticos quando:
Temperatura da mulher $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
Mau cheiro no corrimento vaginal.

• **Pressão arterial da mulher é normal?**

() Não, tratar e atrasar a alta
() Sim

→ Administrar sulfato de magnésio à mulher em caso de qualquer uma das condições:
PA diastólica $\geq 110\text{mmHg}$ e 3+ proteinúria;
PA diastólica $\geq 90\text{mmHg}$, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica;
Dar medicação anti-hipertensiva à mulher se PA sistólica $> 160\text{mmHg}$ (objetivo: manter PA $< 150/100\text{mmHg}$).

• **A mulher apresenta sangramento anormal?**

() Não
() Sim, tratar e alta atrasada

→ Se pulso > 110 batimentos por minuto e pressão arterial $< 90\text{mmHg}$;
Iniciar tratamento endovenoso e manter a mulher aquecida;
Tratar as causas (choque hipovolêmico).

• **O bebê precisa começar antibióticos?**

() Não
() Sim, administrar antibióticos, atrasar a alta, prover cuidado especial

→ Administrar antibióticos para RN, em qualquer uma das seguintes condições:

- Taxa respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$;
- Sinais de pneumonia, chiado, ou convulsões;
- Movimentos pobres mediante estimulação;
- Temperatura do bebê $< 35^{\circ}\text{C}$ (que não aumenta após aquecimento) ou temperatura do bebê $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- Parou de se alimentar bem;
- Sinais flúgidicos no coto umbilical.

• **O bebê está se alimentando bem?**

() Não, estabelecer boas práticas de amamentação e atrasar a alta do bebê
() Sim

→ Organizar o seguimento e confirmar se mãe/acompanhante procurará ajuda se os sinais de perigo aparecem após a alta; Encaminhar para contra-referência e orientações de métodos contraceptivos;

Checkagem da identidade do binômio no momento da saída.



FONTE: A autora (2019)

NA ADMISSÃO

- () A parturiente precisa ser referenciada?
 → Verificar os critérios da sua instituição, e se está de acordo com a classificação do risco obstétrico.
- **O Partograma foi aberto conforme protocolo institucional**
 → Começar a traçar quando dilatação ≥ 4 cm, até que o colo do útero dilate ≥ 1 cm/h;
- A cada 30min: checar o batimento cardíaco, contrações, batimento cardíaco fetal;
 - A cada 2 horas: checar a temperatura;
 - A cada 4 horas: aferir a pressão arterial (PA).

• Existe recomendação de uso de antibiótico?

- () Sim
 () Não
 → Perguntar sobre alergias antes da administração de qualquer medicação. Administrar antibióticos para a mulher no caso de qualquer uma das seguintes condições:
- Temperatura da mulher $\geq 38^\circ\text{C}$;
 - História de mau cheiro do líquido vaginal;
 - Ruptura de membranas > 18 horas.

• Sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo?

- () Não
 () Sim, sulfato de magnésio foi dado
 () Sim, medicação anti-hipertensiva foi dada
 → Administrar sulfato de magnésio à mulher no caso de qualquer uma das seguintes condições:
 PA diastólica ≥ 110 mmHg e 3+ proteinúria;
 PA diastólica ≥ 90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens:
 dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica.

• Confirmar que a mulher e/ou acompanhador sabem que poderão pedir ajuda durante o trabalho de parto, se necessário

- Pedir ajuda em caso de: sangramento, dor abdominal forte, dor de cabeça e perturbação visual, dificuldade de urinar, desejo de parir e sempre que houver dúvidas.

Data: _____ / _____ / _____ Pulseira de identificação: () SIM () NÃO
 Nº de consultas pré-natal: _____ Realizou plano de parto: () SIM () NÃO
 Exames de pré-natal realizados: () Totalmente () Parcialmente* () Nenhum
 *Falha: _____ Vacinas: () Completo () Incompleto
 Orientada em relação às normas institucionais: () SIM () NÃO
 Gestação risco habitual: () SIM () NÃO Justificativa: _____
 Motivo da internação: _____ CID10: _____
 Observação: _____
 Dinâmica uterina: () SIM DU 10' _____ () NÃO
 Dilatação cervical: _____ cm
 Aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: () SIM () NÃO
 Incentivado que o acompanhante da parturiente esteja presente no nascimento: () SIM () NÃO

ANTES DO PARTO

- Chegar se a parturiente precisa e iniciar:
 (Parturiente tem alguma alergia?)
- **Antibiótico:**
 () Não
 () Sim, foi administrado
 → Qual?
- Administrar antibióticos nas seguintes condições:
 - Temperatura da mulher $\geq 38^\circ\text{C}$;
 - História de mau cheiro do líquido vaginal;
 - Ruptura de membranas > 18 horas.

• Sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo?

- () Não
 () Sim, sulfato de magnésio foi dado
 () Sim, medicação anti-hipertensiva foi dada
 → Administrar sulfato de magnésio à mulher em caso de qualquer uma das condições:
- PA diastólica ≥ 110 mmHg e 3+ proteinúria;
 - PA diastólica ≥ 90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica.

• Confirmar se os suprimentos essenciais estão à beira do leito e preparar a dispensação:

- () EPI () Caixa de parto () Álcool () 10 U de ocitocina aspiradas numa seringa () Material para clameamento do cordão.
 → Preparar para cuidar da mulher logo após o nascimento:
 • Confirmar se há um único bebê apenas (e não nascimento múltiplo);
 • Desprendimento da placenta conforme CONITEC;
 • Massagear o útero após a placenta ser desprendida;
 • Confirmar se o útero está contraído e revisar placenta.

• Para o bebê, prepare:

- () Campo estéril e aquecido () Lâmina estéril para cortar o cordão umbilical () Material de reanimação neonatal disponível e conferido
 → Observar o recém nascido:
 • RN seco e aquecido em contato pele a pele, salvo se em situação de emergência;
 • Se não estiver respirando, estimular, e se for necessário, chamar ajuda e iniciar manobras de reanimação NEONATAL, conforme preconiza a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Pulseira de identificação: () SIM () NÃO
 Passagem de plantão: _____

() NÃO () SIM, profissional:
 Realizados Testes Rápidos de HIV e Sífilis:
 () SIM () NÃO

APÓS NASCIMENTO

- A mulher apresenta sangramento anormal?
 () Não
 () Sim chamar ajuda
 → Se sangramento anormal:
 Realizar massagem uterina;
- Considerar uso de mais uterotônicos, conforme protocolo institucional;
- Iniciar tratamento endovenoso e manter a mulher aquecida;
- Tratar a causa: atonia uterina, retenção de placenta/fragmentos, laceração vaginal, ruptura uterina.

• Existe recomendação de uso de antibiótico?

- () Sim
 () Não
 → Perguntar sobre alergias antes da administração de qualquer medicação. Administrar antibióticos para a mulher em caso de qualquer uma das condições:
- Se a mulher tem um terceiro ou quarto grau de laceração perineal dar antibióticos para prevenir infecção;
 - Placenta foi removida manualmente ou se a temperatura da mulher $\geq 38^\circ\text{C}$;
 - História de mau cheiro do líquido vaginal;
 - Calafrios.

• Sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo?

- () Não
 () Sim, sulfato de magnésio foi dado
 () Sim, medicação anti-hipertensiva foi dada
 → Administrar sulfato de magnésio a mulher em caso de qualquer uma das condições:
- PA diastólica ≥ 110 mmHg e 3+ proteinúria;
 - PA diastólica ≥ 90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica;
 - Dar medicação anti-hipertensiva à mulher se PA sistólica > 160 mmHg (objetivo: manter PA $< 150/100$ mmHg).

Pulseira de identificação na puérpera e no RN: () SIM () NÃO
 Venóclise identificada (quando houver): () SIM () NÃO
 Medicação identificada (quando houver): () SIM () NÃO
 Puérpera e RN reavaliados após 1h do nascimento: () SIM () NÃO

O recém nascido:

- Encaminhamento/referência? () Não () Sim
 Necessidade de antibiótico? () Não () Sim, administrado
 Dar antibiótico ao bebê caso tenham sido administrados antibióticos à mãe para o tratamento da infecção materna durante o parto por qualquer um dos motivos: frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$ temperatura do bebê $< 35^\circ\text{C}$ (e não a aumentar após o aquecimento) ou temperatura do bebê $\geq 38^\circ\text{C}$. "Chest in-drawing" (sinal de pneumonia), chiado, ou convulsões.
 Movimentos pobres mediante estimulação.

OBSERVAÇÕES: Inicializado contato pele a pele e amamentação (se a mãe e o bebê estiverem bem). Confirmar se mulher e acompanhante pedirão ajuda se sinais de perigo estiverem presentes.

2.3 CIRURGIA SEGURA PARA O BINÔMIO MÃE-BEBÊ

A cirurgia cesariana é considerada de grande porte e deve ser tratada como tal, portanto, é importante utilizar de todo o arcabouço teórico disponível para garantir a segurança do binômio mãe-bebê. Para descrever o *time out* cirurgia/cesariana segura, será usado o Manual da Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico (SOBBEC, 2017), e as Diretrizes Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos de Saúde (SOBBEC, 2017).

A cirurgia, considerada como qualquer procedimento anestésico cirúrgico, segura exige uma sequência de avaliações, nos três momentos perioperatórios (SOBBEC, 2017).

No pré-operatório deve-se:

- ✓ Obter Termo de Consentimento Informado (TCI) anestésico e cirúrgico
- ✓ Confirmar a identificação da paciente
- ✓ Confirmar procedimento cirúrgico a ser realizado
- ✓ Verificar a integridade do equipamento anestésico e a disponibilidade de medicamentos para emergência
- ✓ Preparar adequadamente as etapas seguintes

No pós-operatório recomenda-se:

- ✓ Fazer um planejamento de assistência claro, com compreensão dos eventos que ocorrem no transoperatório
- ✓ Manter uma monitorização contínua e de qualidade

No transoperatório é necessário:

- ✓ Disponibilizar exames de imagem
- ✓ Monitorar o paciente da maneira apropriada
- ✓ Trabalhar de forma eficiente em equipe
- ✓ Realizar técnica cirúrgica meticulosa
- ✓ Manter boa comunicação entre os cirurgiões, anestesistas e enfermeiros

O TRABALHO EM EQUIPE É FUNDAMENTAL PARA MELHORAR A SEGURANÇA DA CIRURGIA E SALVAR VIDAS.

O QUADRO 9, proposto pelo SOBBEC (2017), define as exigências essenciais para cirurgia:

QUADRO 8 - EXIGÊNCIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

EXIGÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO	
RECURSOS CIRÚRGICOS E AMBIENTAIS	Pessoal treinado, água limpa, fonte de iluminação, aspirador de parede, oxigênio suplementar, equipamento cirúrgico em funcionamento e instrumentos esterilizados.
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)	Lavagem e higienização de mãos
	Uso apropriado e sensato de antibióticos
	Preparação antisséptica da pele
	Cuidado atraumático da ferida
	Limpeza e esterilização do instrumental cirúrgico
ANESTESIOLOGIA SEGURA	Presença de profissional capacitado em anestesiologia
	Verificação de segurança das máquinas e dos medicamentos para anestesiologia
	Oximetria de pulso
	Monitoração da frequência cardíaca
	Monitoração da pressão sanguínea
EQUIPES CIRÚRGICAS EFICIENTES	Monitoração da temperatura
	Melhora na comunicação
	Paciente, local e procedimentos corretos
	Consentimento informado
	Disponibilidade de todos os membros da equipe
	Preparação adequada da equipe e planejamento do procedimento
MENSURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA	Confirmação de alergias dos pacientes
	Qualidade assegurada
	Revisão em dupla
	Monitoramento dos resultados

FONTE: Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. (SOBBEC, 2017. p. 203).

O Manual Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde (SOBBEC, 2017) ainda descreve os dez objetivos preconizados para cirurgia segura, sendo eles:

1. A equipe operará o paciente certo no local certo
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou função respiratória que ameace a vida
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas
5. A equipe evitará indução de reação adversa à fármacos ou reação alérgicas sabidamente de risco do paciente
6. A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção de sitio cirúrgico
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentos perfuro cortantes ou compressas nas cavidades corpóreas do paciente
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para condução segura da cirurgia
10. Os hospitais e o sistema público de saúde estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos

Esse mesmo manual descreve o *Checklist* elaborado pela OMS, o qual deve ser aplicado em três momentos cirúrgicos:

- antes da indução anestésica (*sign in*);
- antes da incisão cirúrgica (*time out*);
- antes da paciente sair da sala operatória (*sign out*).

2.3.1 Modelo de *Checklist* para Cesariana Segura

QUADRO 9 - CHECKLIST CESARIANA SEGURA

CHECKLIST CESARIANA SEGURA					
ANTES DA INDUÇÃO		ANTES DA INCISÃO CIRURGICA		ANTES DA SAÍDA DA PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA	
<input type="checkbox"/>	PACIENTE CONFIRMOU IDENTIDADE	<input type="checkbox"/>	CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO, INCLUSIVE O PEDIATRA, O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM, VERBALMENTE.	<input type="checkbox"/>	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE
<input type="checkbox"/>	SÍTIO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/>	REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/>	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS REVISÃO DO CIRURGIÃO:	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	<input type="checkbox"/>	QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/>	SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<input type="checkbox"/>	OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI:	<input type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? REVISÃO	<input type="checkbox"/>	O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
<input type="checkbox"/>	ALERGIA CONHECIDA?	<input type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assinatura: _____
<input type="checkbox"/>	VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	SIM, E EQUIPAMENTO E ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7ML/KG NO RECÉM-NASCIDO)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	SIM, ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

FONTE: Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. (SOBREC, 2017. p. 205.

Ao realizar o preenchimento do *Checklist*, uma única pessoa deve ser responsável por verifica-lo nos três momentos distintos, sendo que na grande maioria das vezes o coordenador

frequentemente faz parte da Enfermagem, podendo ser um médico ou outro profissional de saúde participante da cirurgia que poderá impedir que o procedimento prossiga para a próxima fase, até que cada etapa esteja satisfatoriamente resolvida.

O objetivo do *Checklist* da cirurgia segura é assegurar que as ações de segurança sejam incorporadas dentro da rotina do Centro Cirúrgico Obstétrico, tornando-as práticas diárias.

2.4 NOTIFICAÇÃO DE RISCOS EM OBSTETRÍCIA

As atividades de promoção da qualidade da assistência na obstetrícia, assim como em todas as áreas de saúde, devem ter um foco claro e não devem ser executadas sem a definição de objetivos (BRASIL, 2014a). Inicialmente, são escolhidos os procedimentos de maior volume ou mais frequentemente realizados, aquelas situações e procedimentos que apresentam maior risco de complicações ou novos problemas que possam surgir (BRASIL, 2014a).

Deve-se também identificar os EA ou incidentes que deverão desencadear ações de análise e avaliação. Tendo em vista a realidade brasileira, de elevados índices de cesariana, as ações destinadas à sua redução devem fazer parte de um programa de melhoria da qualidade. Em relação ao parto vaginal, é fundamental que se trabalhe na perspectiva da redução dos índices de episiotomia, uma vez que, as novas Recomendações da OMS de cuidado intraparto para uma experiência positiva na gestação, (WHO, 2018), rechaçam o uso desse procedimento de forma rotineira e deliberada.

As mortes maternas, fetais e neonatais, assim como os casos graves de asfixia neonatal que produzem sequelas permanentes devem ser tratados como prioridade (BRASIL, 2014a).

Além disso, nas situações de risco, as doenças hipertensivas e as hemorragias, precisarão fazer parte dessas prioridades. Na atenção neonatal, pode-se identificar um elevado número de RNs prematuros tardios (entre 34 e 37 semanas) e de termos precoce (entre 37 e 39 semanas) após parto eletivo, induzido ou cesariana (BRASIL, 2014a).

Em termos de procedimentos ou situações de alto risco neonatal, o uso de oxigênio a 100% e a ventilação mecânica invasiva (BRASIL, 2014a). Os EA ou incidentes deverão ser notificados, investigados e analisados profundamente em busca das suas causas e determinantes. Outros eventos podem fazer parte do processo de notificação e análise, de acordo com o perfil assistencial e capacidade operacional do serviço.

O Manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade, sugere a lista de EA a serem monitorados (BRASIL, 2014a), conforme apresentado no QUADRO 11:

QUADRO 10 - EVENTOS SENTINELA

EVENTOS MATERNOS	EVENTOS FETAIS/ NEONATAIS	EVENTOS ORGANIZACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> •Morte materna •Parto eletivo programado (cesariana ou induzido) •Apresentação pélvica não diagnosticada antes do período expulsivo •Distúcia de ombro •Readmissão materna não planejada dentro de 14 dias; •Parada cardiorrespiratória materna, ressuscitada •Início intra-hospitalar de antibióticos 24 horas ou mais após um parto vaginal •Remoção, lesão ou reparo não planejado de órgão (inclui histerectomia) •Hemorragia necessitando transfusão •Eclâmpsia •Retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção •Lacerações perineais de 3º e 4º grau •Tromboembolismo venoso •Ruptura uterina •Complicações anestésicas •Admissão em Unidade de Terapia Intensiva (no local ou transferida) 	<ul style="list-style-type: none"> •Mortes fetais e neonatais com peso ≥ 50 g •Nascimento de uma criança com < 32 semanas em uma instituição sem UTI neonatal; •Transferência de um recém-nascido para uma UTI neonatal em outra instituição; •Score de Apgar < 7 no 5º minuto •Tocotraumatismo •Lesão fetal em cesariana •Convulsões neonatais •Recém-nascido com mais de 2.500 g admitido em UTI neonatal •Anomalia fetal não diagnosticada 	<ul style="list-style-type: none"> •Prontuário não disponível •Demora em responder uma chamada para assistência •Falha de equipamento •Conflito em relação ao manejo de um caso •Reclamação de usuário •Erro de medicação •Retenção de compressa/instrumento • Infecção relacionada à assistência à saúde •Violação de protocolo local •Permanência materna em um dia a mais do que o padrão local, após parto vaginal ou cesariana •Parto não assistido por pessoa qualificada

FONTE: Manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade (Brasil 2014a, p.27).

Para iniciar a notificação de EA na maternidade é importante desenvolver instrumentos de coleta, sejam esses físicos ou digitais (virtuais). A seguir, uma sugestão de ficha de notificação para esses EA.

QUADRO 11 – NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A OBSTETRÍCIA

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A OBSTETRÍCIA	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	
Nº de Atendimento : _____	
Nº do Prontuário : _____	
Não se aplica <input type="checkbox"/>	
DADOS SOBRE A NOTIFICAÇÃO	
Data ____/____/____	Horário da ocorrência : ____:____
Setor: _____	
Serviço Envolvido: _____	
1. EVENTOS ADVERSOS:	
<input type="checkbox"/> Evento com amamentação	<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Internamento fora de tempo oportuno	<input type="checkbox"/> Falta de orientação / Informação
<input type="checkbox"/> Uso inadequado do partograma	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância (reação ao medicamento)
<input type="checkbox"/> Não atendida em tempo oportuno conforme classificação de risco	<input type="checkbox"/> Identificação errada do paciente
<input type="checkbox"/> Uso de antibiótico inadequado	<input type="checkbox"/> Tecnovigilância / produtos com defeito
<input type="checkbox"/> Uso / não uso de sulfato de magnésio conforme protocolo institucional	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Técnica Imprópria	<input type="checkbox"/>
2. EVENTOS SENTINELA MATERNS	
<input type="checkbox"/> Morte materna	<input type="checkbox"/> Início intra-hospitalar de antibiótico, conforme protocolo clínico institucional
<input type="checkbox"/> Parto eletivo programado (cesária ou indução)	<input type="checkbox"/> Remoção, reparação ou retirada de um órgão , incluindo útero
<input type="checkbox"/> Apresentação pélvica não diagnosticada	<input type="checkbox"/> hemorragia necessitando hemotransusão
<input type="checkbox"/> Distócia de ombro	<input type="checkbox"/> Eclampsia
<input type="checkbox"/> Lacerações perineais de 3º e 4º grau	<input type="checkbox"/> Ruptura uterina
<input type="checkbox"/> Tromboembolismo venoso	<input type="checkbox"/> Complicações anestésicas
<input type="checkbox"/> Transferência para UTI	<input type="checkbox"/> Retorno não planejado a sala de cirurgia
<input type="checkbox"/> PCR Materna Ressuscitada	
3. EVENTOS SENTINELA NEONATAL	
<input type="checkbox"/> Mortes neonatais fetais com menos de 500 gramas	<input type="checkbox"/> Lesão fetal em cesariana
<input type="checkbox"/> Nascimento prematuro menor que 32 semanas	<input type="checkbox"/> Recém-nascido maior que 2500 g admitido na UTI neo
<input type="checkbox"/> Transferência de um recém-nascido para UTI de outra instituição	<input type="checkbox"/> Anomalia fetal não diagnosticada
<input type="checkbox"/> Escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto	<input type="checkbox"/> Toco-traumatismo
4. EVENTOS ORGANIZACIONAIS	
<input type="checkbox"/> Prontuário não disponível	<input type="checkbox"/> Retenção de compressa e instrumental
<input type="checkbox"/> Demora para responder uma chamada na assistência	<input type="checkbox"/> Infecção relacionada a assistência à saúde
<input type="checkbox"/> Conflito em relação do manejo em caso clínico	<input type="checkbox"/> Violação do protocolo local
<input type="checkbox"/> Reclamação do usuário	<input type="checkbox"/> Permanência de um dia a mais do que o padrão local após o parto ou cesariana
<input type="checkbox"/> Parto não assistido por pessoa não qualificada	
<input type="checkbox"/> Erro de medicação	
3. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL (Opcional)	

Identificação do Profissional que notificou a ocorrência: _____

Data da notificação ____/____/____

2.5 REANIMAÇÃO NEONATAL

FONTE: A autora (2019)

Para este capítulo foi utilizado o texto sobre reanimação do RN, com 34 semanas ou menos, em sala de parto conforme as “Diretrizes 2016”, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), de 26 de janeiro de 2016. Esse relata que cerca de um em cada 10 RNs necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente.

Mesmo não havendo fatores de risco antenatais para asfixia, a idade gestacional (entre 37 e 39 semanas) e/ou peso ao nascer de cesariana, também elevam a chance de que a ventilação ao nascer seja necessária. Estima-se que no país, a cada ano, em torno de 300.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer. A necessidade de procedimentos de reanimação se torna maior quanto menor for a idade gestacional na data do nascimento (SBP, 2016).

2.5.1 O preparo para a assistência

O Programa Nacional em Reanimação Neonatal chama a atenção para algumas condições que aumentam a possibilidade do RN precisar de ajuda para fazer a transição respiratória e cardiocirculatória ao nascer, conforme apresentado no QUADRO 13:

QUADRO 12 - CONDIÇÕES ASSOCIADAS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO AO NASCER

FATORES ANTENATAIS	
Idade < 16 anos ou > 35 anos	Idade gestacional < 39 ou > 41 semanas
Diabetes	Gestação múltipla
Síndromes hipertensivas	Rotura prematura das membranas
Doenças maternas	Polidrâmnio ou oligoâmnio
Infecção materna	Diminuição da atividade fetal
Aloimunização ou anemia fetal	Sangramento no 2º ou 3º trimestre
Uso de medicações	Discrepância de idade gestacional e peso
Uso de drogas ilícitas	Hidropsia fetal
Óbito fetal ou neonatal anterior	Malformação fetal
Ausência de cuidado pré-natal	
FATORES RELACIONADOS AO PARTO	
Parto cesáreo	Anestesia geral
Uso de fórceps ou extração a vácuo	Hipertonia uterina
Apresentação não cefálica	Líquido amniótico meconial
Trabalho de parto prematuro	Prolapso ou rotura de cordão
Parto taquíctico	Nó verdadeiro de cordão
Corioamnionite	Uso de opioides 4 horas anteriores ao parto
Rotura de membranas > 18 horas	Descolamento prematuro da placenta
Trabalho de parto > 24 horas	Placenta prévia
Segundo estágio do parto > 2 horas	Sangramento intraparto significativo
Padrão anormal de frequência cardíaca fetal	

FONTE: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimacao>. Acesso em: 08 jan.

2019.

É importante que todo material necessário para a reanimação esteja disponível, preparado e testado em local de fácil acesso, antes do nascimento, com o objetivo de avaliação do RN, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações.

A seguir, apresenta-se o *Checklist* sugerido pela Sociedade Brasileira de Pediatria:

QUADRO 13 – MATERIAL NECESSÁRIO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO

(continua)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO	
IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE	
Nome: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	
Nº de Atendimento : _____	Não se aplica <input type="checkbox"/>
Nº do Prontuário : _____	
DADOS SOBRE A CHECAGEM	
Data ____/____/____	Horário: ____:____
Setor: _____	
Profissional responsável: _____	
1. SALA DE PARTO E/OU REANIMAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura ambiente entre 23° a 26°C <input type="checkbox"/> Mesa de reanimação com acesso por 3 lados <input type="checkbox"/> Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetro <input type="checkbox"/> Blender para mistura oxigênio/ar <input type="checkbox"/> Aspirador a vácuo com manômetro <input type="checkbox"/> Relógio de parede com ponteiro de segundos	
2. MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA	
<input type="checkbox"/> Fonte de calor radiante <input type="checkbox"/> Termômetro ambiente digital <input type="checkbox"/> Termômetro clínico digital <input type="checkbox"/> Campo cirúrgico e compressas de algodão estéreis <input type="checkbox"/> Saco de polietileno de 30x50cm para prematuro <input type="checkbox"/> Touca de lã ou algodão <input type="checkbox"/> Colchão térmico químico 25x40cm para prematuro <1000g	
3. MATERIAL PARA AVALIAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Estetoscópio neonatal <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso com sensor neonatal <input type="checkbox"/> Monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos <input type="checkbox"/> Bandagem elástica para fixar o sensor do oxímetro e os eletrodos	
4. MATERIAL PARA ASPIRAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Sondas: traqueais nº6, 8 e 10 e gástricas curtas nº6 e 8 <input type="checkbox"/> Dispositivo para aspiração de mecônio - seringas de 10ml	
5. MATERIAL PARA VENTILAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Reanimador manual neonatal (balão auto inflável, com volume máximo de 750ml, reservatório de O ₂ e válvula de escape com limite de 30-40 cmH ₂ O e/ou manômetro) <input type="checkbox"/> Ventilador mecânico manual neonatal em 'T' com circuitos próprios <input type="checkbox"/> Máscaras redondas com coxim Nº 00, 0 e 1 - máscara laríngea para recém-nascido Nº1	
6. MATERIAL PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL	
<input type="checkbox"/> Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº00, 0 e 1 <input type="checkbox"/> Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0mm <input type="checkbox"/> Material para fixação da cânula: fita adesiva e algodão com SF <input type="checkbox"/> Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio - detector colorimétrico de CO ₂ expirado	
7. MEDICAÇÕES	
<input type="checkbox"/> Adrenalina 1/10.000 em 1 seringa de 5,0 ml para administração única endotraqueal <input type="checkbox"/> Adrenalina 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para administração endovenosa - expansor de volume (Soro Fisiológico) em 2 seringas de 20 ml	

(conclusão)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO	
8. MATERIAL PARA CATETERISMO UMBILICAL	
<input type="checkbox"/>	Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze
<input type="checkbox"/>	Pinça tipo kelly reta de 14cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21
<input type="checkbox"/>	Porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4.0
<input type="checkbox"/>	Cateter umbilical 3,5F, 5F e 8F de PVC ou poliuretano - torneira de 3 vias
9. OUTROS	
<input type="checkbox"/>	Luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde
<input type="checkbox"/>	Gazes esterilizadas e álcool etílico
<input type="checkbox"/>	Cabo e lâmina de bisturi
<input type="checkbox"/>	Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

FONTE: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimacao>. Acesso em: 08 jan. 19.

Após o nascimento, quando detectada necessidade de intervenção a equipe deve estar voltada, exclusivamente, aos cuidados com o RN, sem perder tempo ou dispersar a atenção com a busca e/ou o ajuste do material.

É importante a equipe estar capacitada a verificar de modo sistemático e padronizado todo material que pode ser necessário antes de cada nascimento.

A seguir, o *CheckList* do material necessário em cada mesa de reanimação neonatal recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria:

QUADRO 14 – MATERIAL NECESSÁRIO EM CADA MESA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

(continua)

MATERIAL NECESSÁRIO EM CADA MESA DE REANIMAÇÃO NEONATAL	
IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE	
Nome: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	
Nº de Atendimento : _____	Não se aplica <input type="checkbox"/>
Nº do Prontuário : _____	
DADOS SOBRE A CHECAGEM	
Data ____/____/____	Horário: ____:____
Setor: _____	
Profissional responsável: _____	
1. VERIFICAR O MATERIAL ANTES DE CADA NASCIMENTO	
()	Mesa com acesso por 3 lados com fonte de calor radiante
()	Fonte de oxigênio umidificado com fluxômetro e mangueira de látex (para o balão)
()	Fonte de oxigênio com fluxômetro e espigão verde (para ventilador manual em T)
()	Fonte de ar comprimido com mangueira amarela
()	Aspirador a vácuo com manômetro e mangueira de látex
()	Relógio de parede com ponteiro de segundos
2. MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA	
()	Temperatura da sala de parto ____ °C e da sala de reanimação ____ °C
()	1 campo cirúrgico e 1 pacote de compressas de algodão estéreis
()	1 saco de polietileno de 30 x 50 cm (reservar triângulo p/ touca plástica após corte)
()	1 touca de lã ou algodão
()	1 colchão térmico químico
()	1 termômetro digital clínico AVALIAÇÃO DO RN
()	1 estetoscópio neonatal
()	1 oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica
()	1 monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos e bandagem elástica
3. ASPIRAÇÃO	
()	1 dispositivo transparente para aspiração de mecônio
()	1 sonda traqueal sem válvula de cada tamanho (Nº 6, 8 e 10)
()	2 seringas de 10 ml
4. VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO	
()	Balão auto inflável com válvula de segurança a 40 mmHg e reservatório de O ₂
()	Ventilador manual em T com circuito completo (mangueira e tubo corrugado c/ peça T)
()	Blender para mistura oxigênio/ar
()	1 máscara redonda com coxim de cada tamanho (Nº 00, 0 e 1)
()	1 máscara laríngea Nº1
5. INTUBAÇÃO TRAQUEAL	
()	1 laringoscópio infantil com lâminas retas de cada tamanho (Nº 00, 0 e 1)
()	1 fio-guia para intubação
()	Cânulas traqueais sem cuff – 2 de cada tamanho (Nº 2,5/3,0/3,5/4,0mm)
()	3 fitas adesivas para fixação da cânula
()	2 pilhas AA e 1 lâmpada sobressalente
6. MEDICAÇÕES	
()	Adrenalina 1:10.000 em SF - seringas identificadas 1ml (EV), 5 ml (ET) e 10ml
()	2 ampolas de adrenalina 1:1000 / 5 flaconetes SF 10 ml / 1 frasco SF 250 ml
()	2 seringas de 1ml, 5 ml, 10ml e 20 ml; 5 agulhas 40x12 (rosa)
()	2 torneiras de 3 vias
()	Bandeja com material estéril para cateterismo umbilical e cateteres Nº 3,5F, 5F e 8F

(conclusão)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA EM CADA MESA REANIMAÇÃO NEONATAL	
7. INCUBADORA DE TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/>	Temp. _____°C
<input type="checkbox"/>	Incubadora ligada na rede elétrica
<input type="checkbox"/>	Luz acesa da bateria incubadora
<input type="checkbox"/>	Ventilador me T com blender
<input type="checkbox"/>	Oxímetro de pulso ligado na rede elétrica
<input type="checkbox"/>	Luz acesa da bateria do oxímetro
<input type="checkbox"/>	Torpedo O ₂ >100 kgf/cm ² e fluxômetro
<input type="checkbox"/>	Torpedo de ar comprimido >100 kgf/cm ²
8. OUTROS	
<input type="checkbox"/>	Bisturi, clampeador de cordão umbilical, álcool etílico e gaze
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

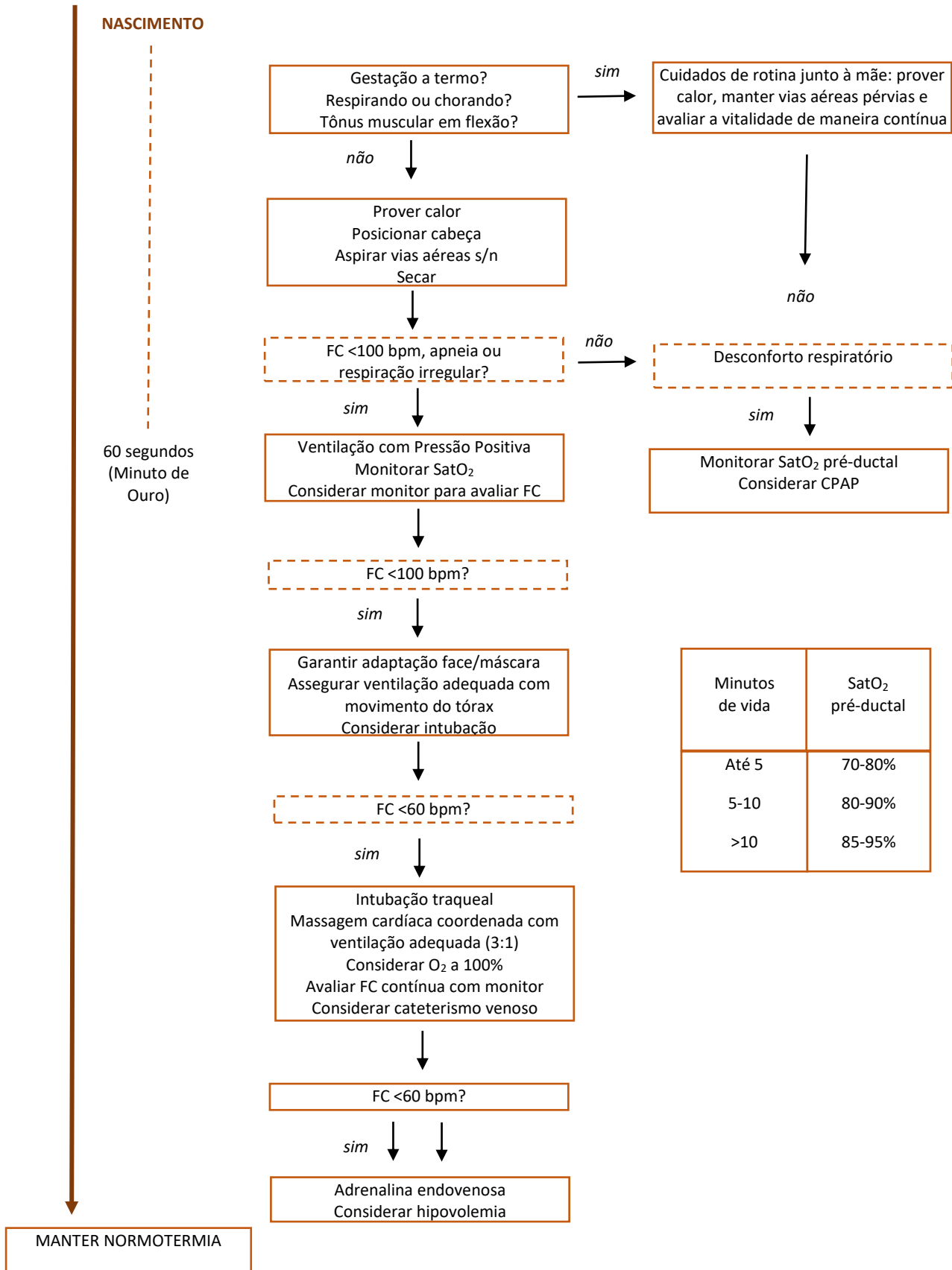
FONTE: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimacao>. Acesso em: 08 jan. 19.

Considerando-se a frequência de RNs que precisam de algum procedimento de reanimação e a rapidez com que tais manobras devem ser iniciadas, a literatura internacional recomenda ser fundamental que pelo menos um profissional de saúde, capaz de realizar os passos iniciais e a ventilação com pressão positiva por meio de máscara facial, esteja presente durante todo o parto. A única responsabilidade desse profissional deve ser o atendimento ao RN (SBP, 2016).

Quando na anamnese identificam-se os fatores de risco perinatais descritos no QUADRO 13, podem ser necessários profissionais treinados e capacitados a reanimar o RN de maneira rápida e efetiva. Desse grupo de profissionais, pelo menos um pediatra apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações precisa estar presente na sala de parto (SBP, 2016).

Abaixo, vê-se o FLUXOGRAMA 1, que relata como deve ser o atendimento ao RN recomendado pela sociedade Brasileira de Pediatria:

FLUXOGRAMA 1 - FLUXOGRAMA DA REANIMAÇÃO NEONATAL



FONTE: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimacao>. Acesso em: 08 jan. 2019.

Capítulo 3

3 INDICADORES PARA A MATERNIDADE SEGURA

O monitoramento de indicadores ou medidas para avaliar a qualidade ou eficiência da assistência é fundamental para a melhoria na qualidade da atenção materna e neonatal. Os indicadores correspondem aos **elementos estruturais**, aos **componentes do processo de trabalho**, assim como aos **resultados da assistência oferecida** (BRASIL, 2014a).

Como **indicador de estrutura** pode-se avaliar, por exemplo, se a instalação possui suítes PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) na maternidade e como **indicador de processo**, quantas mulheres estão tendo o parto nessas suítes. Como **indicador de resultado**, pode-se medir o impacto das suítes na redução da taxa de cesarianas e no nível de satisfação das usuárias (BRASIL, 2014a).

Faz-se necessário escolher e utilizar aqueles indicadores mais sensíveis e que reflitam a realidade da assistência para aquela instituição em particular, além da importância que os mesmos representam para os seus usuários, profissionais, órgãos reguladores estatais e avaliadores externos.

Os indicadores sugeridos pela ANVISA, no Manual Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade são:

- ✓ Morte materna
- ✓ Morte intraparto ou neonatal > 2.500 g
- ✓ Ruptura uterina
- ✓ Admissão materna em UTI
- ✓ Toco-traumatismo
- ✓ Retorno à sala de cirurgia/parto
- ✓ Admissão em UTI neonatal > 2.500 g por > 24 h
- ✓ APGAR < 7 no 5º minuto
- ✓ Transfusão de sangue
- ✓ Laceração perineal de 3º ou 4º grau

É importante lembrar que os indicadores relacionados às Boas Práticas de Atendimento ao parto e nascimento podem oferecer uma imagem real da assistência, além de

apontar necessidades de sensibilização por parte dos profissionais para o aprimoramento técnico e incorporação da filosofia do Modelo Assistencial humanizado (RABELO, 2015).

Rabelo (2015) descreve a importância e o impacto da implantação e monitoramento dos indicadores de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, relacionado à segurança do binômio mãe-bebê. São eles:

- ✓ Taxa de parturientes em jejum durante o trabalho de parto e parto
- ✓ Taxa de posição materna durante o parto
- ✓ Taxa da utilização da manobra de Kristeller
- ✓ Taxa de RNs submetidos ao contato pele a pele, imediatamente após o parto
- ✓ Taxa de clameamento precoce do cordão umbilical
- ✓ Taxa de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- ✓ Taxa de parturientes encaminhadas para outro ambiente, no período expulsivo;
- ✓ Taxa de episiotomia
- ✓ Taxa de deambulação durante o trabalho de parto
- ✓ Taxa de amniotomia
- ✓ Taxa de parturientes submetidas à analgesia
- ✓ Taxa de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor: banhoterapia, massagem, exercícios na bola suíça, musicoterapia, penumbra

Segundo BRASIL (2014a), outros indicadores também utilizados na assistência obstétrica incluem: profilaxia de tromboembolismo venoso, uso apropriado de profilaxia antibiótica dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica em cesariana, uso intraparto de antibiótico para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B, e incidência de cesariana.

3.1 COLETA DE DADOS E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES

A construção dos indicadores é parte fundamental do processo de avaliação do desempenho de um serviço.

Após estabelecer as prioridades e escolher os indicadores que serão utilizados, deve-se identificar as fontes desses dados (BRASIL, 2014a). As fontes a serem utilizadas incluem a busca em prontuários, livros de registro e bancos de dados eletrônicos, além de notificações

voluntárias de EA, dados do laboratório, dados da farmácia, dados do serviço de controle de infecção, reclamações de usuários e dados do serviço de ouvidoria, quando existente.

3.2 ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DE REFERÊNCIA

O serviço deve estabelecer padrões de referência para avaliar o seu desempenho e estabelecer metas de melhoria. Pode-se, inicialmente, utilizar o seu próprio desempenho como referência, por meio de uma análise histórica, por determinado período de tempo. Os indicadores podem ser comparados com os de períodos anteriores, para efeito de análise da ocorrência de melhorias.

Outros padrões estabelecidos por órgãos reguladores estatais ou organizações de acreditação também podem ser utilizados. Comparações com serviços semelhantes em nível regional, nacional ou internacional podem e devem ser realizadas.

3.3 IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES PARA MELHORIAS

Após a coleta dos dados de diversas fontes, esses devem ser comparados com os padrões e objetivos pré-estabelecidos. É importante utilizar não só dados quantitativos, mas também qualitativos como, por exemplo, as reclamações dos usuários.

3.4 INVESTIGAÇÃO DE FALHAS NO PADRÃO DE CUIDADO

Após a análise dos dados, sejam eles os ES ou os indicadores de processo e resultados, deve-se proceder a uma investigação, conforme descrito no capítulo 1, referente ao NSP, para identificação de falhas no padrão de cuidados dentro da instituição. Principalmente quando se refere aos ES, essa investigação deve ser minuciosa, não focada nos indivíduos, mas sim no sistema. Deve-se levar em consideração que as causas das falhas, na sua grande maioria, são multifatoriais e culpar o indivíduo significa deixar para trás os outros fatores que não serão equacionados. Decorre-se daí que os erros podem se repetir.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília, 2013.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2016.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36/2013.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014.

_____. _____. CONITEC. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. _____. CONITEC. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. _____. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. _____. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília, 2013

_____. _____. **Política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP).**

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>>. Acesso em: 24 abr. 2017

_____. _____. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COFEN. **Resolução Nº 0516/2016**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5162016_41989.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MARRA, V. N.; SETTE M.L. (coord.) **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

MARTINELLI, K. G. *et al.* **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MOURA, F.M.J.S.P et al. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal**. *In* Rev. Bras. Enferm. 2007, vol.60, n.4, pp. 452-455.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Maternidade Segura. Genebra: OMS, 1996.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). **Rede Mãe Paranaense**. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>. Acesso em: 28 nov. 2018.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** COREN: São Paulo, 2015.

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual.** 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SOBBEC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde.** 7 ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole, São Paulo: SOBBECC, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto:** Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. Disponível em: <www.sbp.com.br/reanimacao>. Acesso em: 8 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intrapartum care for a positive childbirth experience,** 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 out. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns.** 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/199177>>. Acesso em: 24 out. 2018

5 DISCUSSÃO

Em 1996, a OMS lançou recomendações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, e mesmo mais de 20 anos depois de sua publicação, ocorrem, nas instituições de atenção ao parto, práticas categorizadas como “sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão” e “frequentemente usadas de modo inadequado” (OMS, 1996). Estas premissas foram categorizadas após pesquisas realizadas em todo o mundo (OMS, 1996), visando estabelecer e guiar os profissionais quanto à condução do parto normal.

Em estudo observacional de desenho transversal e descritivo de Siqueira (2017), realizado na região Sudeste com parturientes jovens de até 24 anos, buscou conhecer e analisar a assistência obstétrica prestada baseada nas recomendações da OMS (OMS, 1996) a respeito da efetividade das práticas na atenção adequada ao parto normal. Os resultados indicaram altas taxas de práticas classificadas como prejudiciais ou utilizadas de modo inadequado para a condução do trabalho de parto, sendo a assistência oferecida pautada em intervenções desnecessárias, como uso indiscriminado de ocitocina, posição do parto em litotomia, manobra de Kristeller, entre outras. Em contrapartida, houve baixa utilização das práticas classificadas pela OMS como úteis e adequadas para a assistência. Outro achado importante foi em relação a maior prevalência de práticas dolorosas e prejudiciais nas parturientes adolescentes (SIQUEIRA, 2017).

Entende-se que parturiente de risco habitual necessita de uso mínimo de práticas intervencionistas ou que possam interferir no processo de parturição, o uso indiscriminado destas práticas pode colocar a vida do binômio em risco, com prejuízos desnecessários.

Oliveira (2016) realizou estudo em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia com o objetivo de verificar quais práticas recomendadas pela OMS para assistência ao parto e nascimento em uso. Observou-se predomínio de uso em uma das maternidades (“maternidade 2”), enquanto na outra (“maternidade 1”), essas não estavam sendo aplicadas. No relato dos profissionais entrevistados, os que trabalhavam na “maternidade 1” expuseram haver muitas intervenções desnecessárias,

alegando que algumas das recomendações feitas pela OMS não eram realizadas devido à falta de estrutura e de profissionais adequados no local (OLIVEIRE, 2016).

Na construção de trabalho da “maternidade 2”, percebeu-se que esta foi elaborada nos moldes de atenção humanizada, enraizando esta prática a rotina, exercendo, portanto, maior conformidade em relação as recomendações da OMS. Mesmo havendo diferenças nos modelos de atuação entre as duas maternidades, a satisfação das pacientes entrevistadas, quanto à assistência prestada em ambas as maternidades, foi grande. O autor atribui esse resultado ao fato de que a atenção prestada pelos profissionais, mesmo não utilizando das práticas recomendadas pela OMS foi positiva ou foi devido a expectativa reduzida da parturiente quanto ao atendimento (OLIVEIRE, 2016).

Ainda existem instituições que possuem práticas centradas no modelo biomédico e tecnocrático. Mas, faz-se necessário garantir nelas atenção materno-infantil qualificada, na qual as práticas classificadas como prejudiciais, ou ineficazes, sejam suprimidas e que práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (SILVA, *et al*, 2017).

E, mesmo com sinais de transição devido a implementação de políticas públicas nos últimos anos, a qualidade da atenção ao parto no Brasil mostra-se aquém das práticas recomendadas pela OMS. O reflexo na qualidade da assistência é refletida nos estudos e relatórios do MS, onde os dados expressos das altas taxas de cesariana e nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal são apenas o resultado de toda uma cadeia falha de ações, tanto assistenciais quanto gerenciais (SILVA, *et al*, 2017).

Sendo assim, mesmo que as recomendações a respeito das boas práticas de atenção ao parto e nascimento tenham sido lançadas há mais 20 anos, o que percebe-se é a dificuldade de incorporação dessas nos atendimentos, tornando-o defasado. Desta forma, o protocolo aqui apresentado contribui para a construção e adaptação das boas PBE científicas, qualificando a assistência prestada à parturiente.

Apesar das publicações voltadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, as taxas de morbimortalidade materna e neonatal continuaram elevadas. Em 2013, 289 mil mulheres foram a óbito durante a gestação e período puerperal, a

taxa de óbito para recém nascidos até 28 dias foi de aproximadamente 2,8 milhões. Dentro destes índices, a maioria das causas eram evitáveis (SILVA, *et al*, 2017).

Tendo em vista que a taxa de morbimortalidade materna e neonatal ainda deva ser sempre melhorada, a OMS lançou em 2015 um *checklist* de nascimento seguro, que foi amplamente aceito e teve sua implementação recomendada em vários lugares do mundo (WHO, 2015).

Em um estudo realizado na Namíbia (na África), 2017, em um período de seis meses, pesquisadores testaram estratégias para a redução da MM. Através da adoção do *checklist*, em conjunto com o treinamento adequado da equipe de saúde, a mortalidade neonatal reduziu de 22/1000NV para 13,8/1000NV, resultado relacionado também a diminuição na taxa de natimortos. Como resultado adicional, a implantação do *checklist* aumentou a adesão da equipe ao Guia de Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, em aproximadamente 93% (KABONGO *et al*, 2017).

Em outro estudo controlado, randomizado em 120 centros de saúde do governo em Uttar Pradesh, na Índia, publicado em 2017 avaliou-se o impacto de uma intervenção baseada em *coaching* de *Checklist* do Parto Seguro da OMS (*BetterBirth Program*) à despeito da disponibilidade e aquisição de suprimentos essenciais para o parto (KABONGO *et al*, 2017). Destacaram-se ainda as dificuldades existentes na Índia, como a falta significativa de insumos, ao exemplo de medicamentos e equipamentos. Apenas 54,8% das unidades de primeira linha possuíam sulfato de magnésio injetável disponível. A falta de oferta dos suprimentos e a indisponibilidade de compra pelo paciente acarretam na não-adesão ao tratamento necessário, resultando na diminuição da qualidade de assistência prestada a mães e bebês. Menos de 1/5 dos locais onde o estudo fora realizado possuía todos os quatro medicamentos críticos (ocitocina, sulfato de magnésio, vitamina K, antibióticos), disponíveis no início da pesquisa. Após a realização do *coaching*, ocorreu melhora em 6 meses (30% no grupo de intervenção e 20% grupo controle) e em 12 meses (41,4 no grupo de intervenção e 22,4%, grupo controle) (KABONGO *et al*, 2017).

O parto, quando assistido com a mais alta qualidade em um serviço de saúde, é capaz de reduzir a morbidade e a MM e perinatal. A inclusão dos *checklists* elaborados pelo Programa *Betterbirth* foi fundamental na construção do protocolo deste estudo, tornando-se norteador da organização e disponibilização de insumos pelos serviços visando a garantia de uma completa assistência (CARVALHO *et al*, 2018).

Uma pesquisa metodológica adaptou e validou o *Safe Childbirth Checklist* da OMS para os hospitais brasileiros e destacou a importância da realização da validação e adaptação do documento para a realidade vivenciada no local do estudo, pois criou-se um documento condizente com o contexto brasileiro, favorecendo a usabilidade e viabilidade do *checklist*. O estudo ressalta a importância da adaptação dos documentos existentes, para que estejam de acordo com as normas e rotinas das instituições e locais onde serão utilizados (CARVALHO *et al*, 2018).

Para Reis, Pepe e Caetano (2011), a situação da MM continua sendo um grande problema de saúde pública, que abrange questões complexas. O contexto atual dos serviços de obstetrícia reflete a precarização da atenção à saúde da mulher.

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a MM permanece sendo um problema de saúde pública. Isto se deve as falhas nas diretrizes políticas, na formação e atuação dos profissionais de saúde e na sociedade, culminando para que o Brasil não cumprisse a meta do milênio de redução em três quartos da MM (DIAS *et al*, 2014). Estas mortes devem ser evitadas com a utilização de programas que não necessitem de tecnologias duras, como planejamento familiar, pré-natal e educação sexual. Ainda para Dias (2014), os investimentos que permeiam a saúde da mulher são fragilizados pelo desconhecimento da magnitude da MM, fator muito provável pelo sub-registro interno das organizações dos óbitos ou subnotificações aos órgãos competentes (DIAS *et al*, 2014).

Marcolin (2015) ressalta as preocupações e os esforços existentes das autoridades de saúde visando qualidade e segurança para o cuidado prestado ao binômio. Ressalta a necessidade de reinvidicações, cooperação multiprofissional e desejo de mudança para que seja possível remodelação da assistência obstétrica.

A segurança do paciente, seja ele a mulher ou o bebê, torna-se parte fundamental para a busca da qualidade assistencial, visto que a gravidez e o parto são processos fisiológicos e que podem ocorrer sem nenhum agravo à esse binômio. Porém, este processo exige atenção por parte dos profissionais e das instituições para que possíveis complicações possam ser previstas, antecipadas, ou revertidas de forma segura, reduzindo qualquer dano que possa ocorrer. Devido ao modelo obstétrico no Brasil ser minado de intervenções, o processo de nascimento torna-se potencialmente danoso, expondo tanto a mãe quanto o(a) bebê à riscos desnecessários.

6 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi alcançado mediante o produto **Protocolo de maternidade segura: uma proposta para serviços de risco habitual** ter sido apresentado.

A construção do protocolo propiciou reunir diversos materiais, organizando-os em apenas um instrumento, facilitando sua utilização para a área da obstetrícia. Com a reunião desses materiais, acredita-se que será possível melhorar a qualidade e segurança do binômio e promover a organização dos serviços de saúde que atendem mulheres em período perinatal, de serviços de risco habitual.

O produto aqui apresentado poderá fazer com que serviços de maternidade introduzam ações de segurança do paciente estabelecidas pelo MS de maneira que estas não sejam instituídas de forma fragmentada ou incompleta. Espera-se que esse produto, que teve como seu objetivo principal unificar protocolos, seja guia norteador para o estabelecimento da segurança do paciente em maternidades de risco habitual, em nível municipal e estadual, podendo se estender em nível nacional.

Como perspectiva futura, sugere-se que as demais fases propostas por Pimenta *et al* (2015) sejam estabelecidas em um estudo posterior para validação desse protocolo, com a intenção de que o mesmo possa ser revisado por grupos externos e validado por trabalhadores, gestores e usuários, como descrito anteriormente. Dessa forma, destaca-se a limitação desse estudo no que diz respeito à execução das demais etapas relativas à construção do protocolo.

Dessa maneira, conclui-se que o produto apresentado nesta dissertação, poderá promover a qualidade da assistência, a segurança do binômio e, conseqüentemente, auxiliar na diminuição dos índices de MM e infantil. Além disso, também se constituir como facilitador da organização de registros que permitam diagnosticar e mapear a assistência prestada, assim como oferecer subsídios para a elaboração de planos de ação.

REFERÊNCIAS

_____. Governo do Brasil. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

_____. _____. 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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014b.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 36/2013**: Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : ANVISA, 2014a.

_____. _____. Caderno de Atenção Básica: **Atenção ao pré-natal de baixo risco** . Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. _____. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria Executiva. Brasília, 2002.

_____. _____. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/caderno_humanizacv4_humanizacao_parto>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. _____. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo_1.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. _____. **Manual prático para implementação da rede cegonha.** Brasília, 2011.

_____. _____. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde.** v.43, n.1, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/linksvigilancia>> . Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS.** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de situação em saúde:** guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, 2009.

_____. _____. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf> . Acesso em: 02 ago. 2017.

_____. _____. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília, 2013

_____. _____. **Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 2016. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/implantacao-do-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>> . Acesso em: 24 abr. 2017

BENAGIANO, G.; THOMAS, B. **Safe Motherhood:** the FIGO initiative. Int J Gynaecol Obstet. 2003.

CALLAGHAN, W.M.; MACKAY, A.P.; BERG, C.J. **Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations.** United States, 1991-2003. Am J Obstet Gynecol. 2008 Aug. 199(2).

CARVALHO, I.C.B.M. *et al.* Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200401&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 08 mar. 2019.

COFEN. **Resolução Nº 0516/2016**.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5162016_41989.html>
Acesso em: 28 ago. 17.

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

DIAS, J.M.G. *et al.* Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2014. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciências e Saúde Coletiva. 2005. p. 669-705.

GELLER, S.E. *et al.* **The continuum of maternal morbidity and mortality**: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):939-44. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2851/pdf_1285>. Acesso em: 04 jul. 2018.

KABONGO, L. *et al.* Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia. **BMJ Open Quality**, 2017. Disponível em: <<https://bmjopenquality.bmj.com/>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup, p. S17-S47. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MAISONNEUVE, J.J. *et al.* Effectiveness of a WHO Safe Childbirth Checklist coaching-based intervention on the availability of essential birth supplies in Uttar Pradesh, India. **International Journal for Quality in Health Care**. Oxford Academic, 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/30/10/769/4990396>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MARCOLIN, A.C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2015. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 951-9, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5580/8875>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MOREIRA, M.E.L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MOURA, F.M.J.S.P *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2007, vol.60, n.4, pp. 452-455. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=19644&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Proj. História. **Revistas Eletrônicas da PUC – SP**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/10588/7878>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

OLIVEIRA, N.R.G. **Assistência ao parto normal em duas maternidades públicas: percepção de puérperas e profissionais de saúde**. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

ONUBR. Nações Unidas no Brasil. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Maternidade Segura. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª Revisão.** CBCD, São Paulo, 1993.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). **Óbito Materno.** 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Mortalidade_Materna_e_Infantil_07_02_18.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G.I.J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, Santa Catarina, Número Monográfico, p. 121-133, 2011. Disponível em: <www.ujaen.es/revista/reid/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

PERINI, C. et al. **Banho de ofurô em recém-nascidos.** J. res.: fundam. care. online. 2014. abr./jun. 6(2):785-792. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2. p785.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* **Guia para reconstrução de protocolos assistenciais de enfermagem.** COREN: São Paulo, 2015.

PONTES, M. G. A. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 69-78, 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 126.

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual.** 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SILVA, T.C; *et al.* **Práticas de atenção ao parto e nascimento:** uma revisão integrativa – Labor and birth care. *In:* Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro, 2017. Disponível em: <.Dissertação (Mestrado em Enfermagem)>. Acesso em: 08 mar. 2019.

SIQUEIRA, R.J. **Assistência ao parto e presença do acompanhante:** um estudo sobre as jovens do inquérito nacional sobre parto e nascimento – “Nascer no Brasil”. 186 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2017.

SOUSA D.M.N. *et al.* Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista de Enfermagem**, UERJ. 2014. Disponível em:
<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15314>>. Acesso em: 24 fev. 18.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F.C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço.** UNESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 90p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe childbirth checklist implementation guide:** improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns, 2015.

ANEXO 1**DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Ao Conselho Editorial da Universidade Federal do Paraná

Declaração de conflitos de interesse

Eu, _____, autora desta pesquisa intitulada _____, declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo, que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que, todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Curitiba, data: _____, ____ de _____ de 2019.

Autora: _____

APÊNDICE 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, Vanessa Ribeiro dos Santos Zanette Xavier, brasileira, casada, portadora do RG n.º 9.409.907-2, inscrito(a) no CPF sob o n.º 066.056.889-61, residente na Rua Reboli n.º 390, Apto. 303, Bairro Santa Cândida - Curitiba – Pr, AUTORIZO o uso de minha imagem, constante no produto da dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, e no Protocolo Maternidade Segura: ambos de Karin Madeleine Godarth, com o fim específico de ilustrar o mencionado Protocolo, sem qualquer ônus e em caráter definitivo. A presente autorização abrangendo o uso da minha imagem no documento acima mencionado é concedido à Karin Madeleine Godarth, portadora do RG n.º 6.165.273-6, inscrito(a) no CPF sob o n.º 014.725.279-25, a título gratuito, abrangendo inclusive a licença a terceiros, de forma direta ou indireta, e a inserção em materiais para toda e qualquer finalidade, seja para uso comercial, de publicidade, jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, por prazo indeterminado. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ora autorizada ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Curitiba, 24 de fevereiro de 2019.

Assinatura: Vanessa R S Zanette

Telefone para contato: (41) 99831-1021

APÊNDICE 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Nós, Davidson Luiz Zanette Xavier, brasileiro, casado, portador do RG n.º 6.231.096-0, inscrito no CPF sob o n.º 032.835.759-67, e Vanessa Ribeiro dos Santos Zanette Xavier, brasileira, casada, portadora do RG n.º 9.409.907-2, inscrito(a) no CPF sob o n.º 066.056.889-61, residentes na Rua Reboli n.º 390, Apto. 303, Bairro Santa Cândida - Curitiba – Pr, AUTORIZAMOS o uso da imagem de nossa filha, menor de idade, Luiza Leah Zanette Xavier, inscrito no CPF sob o n.º 141.460.809-83, constante no produto da dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, e no Protocolo Maternidade Segura: ambos de Karin Madeleine Godarth, com o fim específico de ilustrar o mencionado Protocolo, sem qualquer ônus e em caráter definitivo. A presente autorização abrangendo o uso da imagem no documento acima mencionado é concedido à Karin Madeleine Godarth, portadora do RG n.º 6.165.273-6, inscrito(a) no CPF sob o n.º 014.725.279-25, a título gratuito, abrangendo inclusive a licença a terceiros, de forma direta ou indireta, e a inserção em materiais para toda e qualquer finalidade, seja para uso comercial, de publicidade, jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, por prazo indeterminado. Por esta ser a expressão de nossa vontade, declaramos que autorizamos o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ora autorizada ou a qualquer outro, e assinamos a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Curitiba, 24 de fevereiro de 2019.

Davidson Zanette Xavier


Assinatura: _____



Telefone para contato: (41) 99831-1021

Vanessa Ribeiro dos Santos Zanette Xavier

Assinatura: _____



Telefone para contato: (41) 98809-5466