



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA NUNES COSTA LIMA ROSADO

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL**

Recife

2024

BRUNA NUNES COSTA LIMA ROSADO

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Sheyla Costa de Oliveira

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Rosado, Bruna Nunes Costa Lima.

Análise dos indicadores de qualidade e segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal / Bruna Nunes Costa Lima Rosado. - Recife, 2024.

135f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

Orientação: Sheyla Costa de Oliveira.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Segurança do paciente; 2. Obstetrícia; 3. Saúde materna; 4. Serviços de saúde materna; 5. Educação em saúde. I. Oliveira, Sheyla Costa de. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar e me dar as forças necessárias para enfrentar as adversidades do caminho.

Aos meus pais, Antônia Clébia Nunes Costa e Francisco Bezerra de Lima, que sempre acreditaram no meu sucesso e nunca me deixaram desistir, por todo amor, paciência e apoio durante minha caminhada e por sempre estarem presentes nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao meu marido Bruno Rafael que sempre me estimulou a buscar caminhos melhores e esteve ao meu lado em cada conquista. Obrigada por sua parceria diária e seu amor, você é meu meu companheiro e conseguimos está vitória juntos.

A minha filha Bela, que foi minha inspiração e minha força para seguir em frente mesmo com tantos obstáculos e noites mal dormidas. Você é meu estímulo para ir mais longe, por você enfrento todos os desafios.

A minha orientada Sheyla Costa que acreditou em mim e teve muita paciência com minhas fragilidades. Não tenho palavras para agradecer todos os ensinamentos, apoio, incentivo e confiança depositadas em mim. Você não foi somente uma orientadora, se tornou uma amiga. Obrigada, conte comigo sempre!

Às alunas da graduação Tallita, Gabryella, Camilla Souza, Camilla Santiago, José Luiz e Mayara que contribuíram no processo de coleta de dados.

Aos meus amigos que me apoiaram, escutaram e incentivaram, Ivana, Emanuela Gomes, Aldinha, Bruna, Thais, Izadora, Naytyara, Jane, Rafael, Alda, Catarina, Elisa, dentre outros que estiveram presente no meu processo de crescimento e aprendizagem.

À banca examinadora, pelas contribuições e colaborações neste estudo.

À Universidade Federal de Pernambuco, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), a Capes, aos coordenadores, docentes, discentes e técnicos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela chance de desenvolver esta dissertação, compartilhar vivências e aperfeiçoar meus conhecimentos.

Por fim, a todos que, de alguma forma, ajudaram nesse caminho. O apoio de cada um estará sempre presente na pessoa que eu me tornei. Ao agradecer a vocês, eu peço que meu conhecimento esteja à disposição daqueles que necessitam.

RESUMO

No mundo ocorrem aproximadamente 130 milhões de partos, destes, 303.000 (0,2%) sucedem em óbito materno. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, têm como meta reduzir a mortalidade materna em menos de 70 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Visando qualificar o cuidado e promover a melhoria da segurança do paciente a Organização Mundial de Saúde desenvolveu o *Safe Childbirth Checklist*. O monitoramento dos indicadores permite uma gestão de risco mais efetiva com foco na redução da ocorrência de eventos adversos. O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal a partir do desempenho dos indicadores de estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, retrospectivo, com obtenção de dados primários realizado em um hospital universitário em Recife - PE administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A amostra foi constituída pelos prontuários de 155 mulheres que pariram na instituição entre os meses de junho a setembro de 2022. AO instrumento de coleta do indicador de estrutura foi construído com base na Lista de Verificação de Parto Seguro - Brasil (LVPS-BR) adaptado e validado para o contexto brasileiro e nos Protocolos de Segurança do Paciente, adesão as boas práticas ao parto e nascimento e eventos adversos foram coletadas de acordo com as variáveis presentes na plataforma QualiParto A avaliação do indicador de estrutura se deu por análise descritiva e a análise dos indicadores de processo e resultados foi realizada através do Qualiparto. Com relação ao indicador de estrutura percebeu-se a ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica, de quarto tipo PPP e a falta de insumos para o manejo de Hemorragia Pós-Parto, como: balão de tamponamento intrauterino e traje antichoque não-pneumático em obstetrícia. Em relação ao indicador de processo, observou-se que em 9,03 % dos partos analisados o partograma foi utilizado, 23,2% houve estímulo ao início precoce da amamentação. Acerca do indicador de resultado que está relacionado a ocorrência de Eventos Adversos 8,3% das puérperas retornaram à sala de parto ou cirurgia, e 5% dos recém-nascidos com mais de 2.500 gramas foram encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva. Tendo ocorrido pelo menos um evento adverso em 25,6% dos partos. Com relação ao escore ponderado de evento adversos que diz respeito ao maior número de partos com a ocorrência de eventos adversos e ao índice de gravidade que tem relação aos partos com os eventos adversos graves o mês de julho teve destaque, apresentando os seguintes valores respectivamente 15,3 e 112,5. Recomenda-se que a partir da identificação dos indicadores de qualidade na maternidade em estudo, a análise possa instrumentalizar os profissionais de saúde para tomada de decisão para

uma assistência obstétrica e neonatal segura, com foco na melhoria da qualidade e segurança da paciente.

Palavras-chave: segurança do paciente; obstetrícia; saúde materna; serviços de saúde materna; educação em saúde.

ABSTRACT

In the world there are approximately 130 million births, of which 303,000 (0.2%) follow in maternal death. The 2030 Agenda for Sustainable Development targets to reduce maternal mortality by less than 70 deaths per 100,000 live births. In order to qualify care and promote the improvement of patient safety, the World Health Organization developed the Safe Childbirth Checklist. The monitoring of indicators allows a more effective risk management with focus on reducing the occurrence of adverse events. The study aims to evaluate the quality of obstetric and neonatal care from the performance of the indicators of structure, adherence to good practices and occurrence of adverse events. This is an observational, cross-sectional, descriptive, retrospective study with primary data obtained in a university hospital in Recife - PE administered by the Brazilian Company of Hospital Services. The sample consisted of the medical records of 155 women who gave birth in the institution between June and September 2022. The selection of documents was done through simple random sampling, according to the months corresponding to the collection. The instrument for collecting the structure indicator was built based on the Safe Birth Checklist - Brazil (LVPS-BR) adapted and validated for the Brazilian context and in the Patient Safety Protocols, adherence to good practices for delivery and birth and adverse events were collected according to the variables present in the QualiParto platform. The evaluation of the structure indicator was given by descriptive analysis and the analysis of process and results indicators was performed through the QualiParto. Regarding the indicator of structure, it was noticed the absence of an Intensive Care Unit, a fourth type PPP and the lack of inputs for the management of postpartum hemorrhage, such as: intrauterine buffer balloon and non-pneumatic antishock costume in obstetrics. Regarding the process indicator, it was observed that in 9.03% of the parturition analyzed the partogram was used, 23.2% there was stimulation to early breastfeeding initiation. About the outcome indicator that is related to the occurrence of adverse events 8.3% of the women who gave birth returned to the delivery room or surgery, and 5% of newborns with more than 2,500 grams were referred to the Intensive Care Unit. At least one adverse event occurred in 25.6% of the births. With regard to the weighted adverse event score that refers to the highest number of births with the occurrence of adverse events and the severity index that has relation to the births with severe adverse events, the month of July was highlighted, showing the following values respectively 15.3 and 112.5. It is recommended that from the identification of quality indicators in the maternity study, the

analysis can instrumentalize health professionals for decision making for safe obstetric and neonatal care, with a focus on improving patient quality and safety.

Keywords: patient safety; obstetrics; maternal health; maternal health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Variáveis relacionadas aos indicadores de estrutura, processo e resultado. Recife-PE, 2023.....	30
Quadro 2	– Categorização dos indicadores de estrutura. Recife-PE, 2023.....	37
Quadro 3	– Presença de Complicações Obstétricas segundo registro em prontuários. Recife-PE, 2023.....	40
Figura 1	– Ocorrência de Eventos Adversos Maternos. Recife-PE, 2023.....	40
Figura 2	– Ocorrência de Eventos Adversos Maternos entre os meses de junho a setembro. Recife-PE, 2023.	41
Figura 3	– Gráfico de eventos adversos maternos por meses. Recife-PE, 2023.....	41
Figura 4	– Ocorrência de Eventos Adversos Neonatais. Recife-PE, 2023.....	42
Figura 5	– Gráfico de Eventos Adversos Neonatais por meses. Recife-PE, 2023.....	42
Figura 6	– Gráfico <i>Run Chart</i> relacionado a incidência de EA em 2022. Recife-PE, 2023.....	43
Figura 7	– Gráfico <i>Run Chart</i> relacionado ao EPRA. Recife-PE, 2023.....	43
Figura 8	– Gráfico <i>Run Chart</i> relacionado ao IG. Recife-PE, 2023.....	44

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCFs	Batimentos Cardiofetais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
Café	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LVPS	Lista de Verificação de Parto Seguro
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrie-val System on-line</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
NE	Nível de Evidência
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>
PubMed	<i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
RC	Rede Cegonha
RI	Revisão Integrativa de Literatura
RM	Rigor metodológico
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SCC	<i>Safe Childbirth Checklist</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observation studies in Epidemiology</i>
TP	Trabalho de Parto
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Políticas Públicas de Saúde <i>versus</i> mortalidade materna.....	17
3.2	Qualidade do cuidado obstétrico no contexto da segurança do paciente.....	20
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Local do estudo.....	27
4.3	População do estudo e amostra.....	27
4.4	Crterios de inclusão e exclusão.....	28
4.5	Instrumentos.....	28
4.6	Variáveis do estudo.....	29
4.7	Procedimento para coleta de dados.....	32
4.8	Análise de dados.....	32
4.9	Aspectos éticos.....	34
5	RESULTADOS.....	35
5.1	Caracterização das condições materna e perfil social das mulheres assistidas.....	35
5.2	Caracterização dos prontuários.....	36
5.3	Indicadores de Estrutura.....	37
5.4	Indicadores de Processo.....	38
5.5	Indicadores de Resultado.....	39
6	DISCUSSÃO.....	45
7	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O PARTO SEGURO.....	63
	ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	66
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR DE	68

ESTRUTURA.....	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO.....	74
APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	79
APÊNDICE D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS.....	81
APÊNDICE E – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA TESE.....	84
APENDICE F – ARTIGO ORIGINAL	99

1 INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade em saúde é amplo e tem sua origem no setor industrial. Um serviço será considerado de qualidade quando sua funcionalidade estiver de acordo com a utilização pretendida e seu julgamento estará relacionado a satisfação do cliente. Nos serviços de saúde, o significado do termo vai ser dado de acordo com a missão do serviço, considerando a realidade das circunstâncias em que ele está inserido, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2013).

Por se tratar de um termo com significado complexo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca definir qualidade com base em sete atributos: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/aceso, eficiência, equidade e a integração (World Health Organization, 2018).

Na avaliação da qualidade de um serviço, Donabedian (1980) sugere que sejam considerados os elementos da tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura é entendida como os recursos físicos, materiais, insumos hospitalares e o financiamento dos serviços. O processo engloba as práticas realizadas durante a prestação da assistência. O resultado está relacionado ao produto final do cuidado

A utilização de indicadores no monitoramento da qualidade dos serviços de saúde, permite na medida do possível avaliar e identificar oportunidades de melhorias de e promover mudanças positivas com relação à qualidade (Caldana *et al.*, 2011). A vigilância das atividades ou serviços é o ponto de partida para o planejamento de ações relacionadas à gestão da qualidade (Saturno-Hernandez, 2015).

Saturno-Hernandez (2015) recomenda que estes indicadores tenham como base a tríade de Donabedian (1980) e relação com um dos atributos da qualidade, dentre estes destaca-se a segurança do paciente (Saturno-Hernandez, 2015). Esta pode ser conceituada como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário decorrente do cuidado de saúde (Anvisa, 2014a).

Na prática diária, todo evento ou circunstância que poderia ter causado ou não dano ao paciente é considerado incidente. Quando este incidente não atinge o paciente, ou é detectado antes, recebe a denominação de *near miss* (quase erro). Quando atinge, mas não causa danos, é chamado de incidente sem danos. Quando resulta em dano, é nomeado de evento adverso (EA), tendo como consequências o prolongamento do tempo de internação e sua associação com o óbito (World Health Organization, 2009).

Como alternativa para redução de incidentes é proposto a utilização de barreiras afim de impedir que esse erro chegue até o paciente, dentre elas podemos citar: capacitação dos profissionais, uso de protocolos clínicos, uso de *checklist*, protocolo de higienização das mãos, dose unitária de medicamentos, entre outros (Anvisa, 2014a).

A importância da adoção de medidas que visem reduzir os incidentes no cuidado obstétrico se justifica pelo elevado número de pacientes envolvidos e pelas peculiaridades intrínsecas a este período; é essencial que sejam adotadas medidas pautadas nas melhores evidências científicas e na segurança do paciente (Anvisa, 2014b). Anualmente no mundo são realizados cerca de 130 milhões de partos. Destes, 303.000 (0,2%) sucedem em óbito materno, 2,6 milhões de natimortos e outros 2,7 milhões de recém-nascidos (RN) que vêm a óbito nos primeiros 28 dias de vida (World Health Organization, 2015).

No território brasileiro acontecem por ano aproximadamente três milhões de nascimentos. Considerando o número de pacientes atendidos (binômio mãe-filho), esse valor chega a seis milhões, resultando em um número elevado de atendimentos. Devido a esta alta demanda, aumentam os riscos de ocorrerem os eventos adversos (Anvisa, 2014a).

Além dos EA comuns a qualquer serviço de saúde, como: quedas, eventos relacionados a medicamentos e hemocomponentes, entre outros; existem eventos peculiares a prática obstétrica, a saber: morte materna, eclâmpsia, rotura uterina, lacerações perineais, dentre outros e que trazem um elevado impacto na vida da mulher. Estes incidentes têm relação direta com falhas no decorrer da assistência e condutas inadequadas na gestação e no parto (Oliveira *et al.*, 2020).

A morte materna é considerada um evento adverso grave, sendo de extrema importância conhecer suas causas através do perfil epidemiológico e dados relacionados aos cuidados prestados, e através desses avaliar as medidas que poderiam ter sido implementadas na prevenção deste óbito (Martins; Silva, 2018). É classificado como mortalidade materna todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da localização ou do tempo de duração, e que a causa esteja relacionada a gravidez ou fatores ligados a ela, porém que não estão associados a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1998).

A mortalidade materna é uma das maiores violações dos direitos humanos das mulheres, por se tratar de uma tragédia evitável através de uma assistência em tempo oportuno e de qualidade (Brasil, 2009). Além disso, é considerada um importante indicador de saúde, valores elevados refletem maiores desigualdades sociais, problemas socioeconômicos e falta de assistência em saúde (Teodoro *et al.*, 2021).

Diante do elevado número de óbitos, foi firmado um compromisso mundial para redução da mortalidade materna, a Declaração do Milênio, no ano 2000. Ela tinha como uma das suas metas a redução de três quartos da mortalidade materna até 2015, conforme a Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), porém muitos países, inclusive o Brasil, não conseguiram atingir êxito, permanecendo assim com uma agenda inconclusiva (Motta; Moreira, 2021).

Após Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015, foram estabelecidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre suas pactuações, “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades”. Um dos seus tópicos (Meta 3.1) propõe “até 2030 reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos” (ONU, 2015, p. 45). O Governo Federal brasileiro em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) adaptou a meta para a realidade local, redefinindo-a para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2018).

O Brasil trabalha para atingir a meta proposta pelos ODS. Em 2019 chegou a apresentar uma taxa de mortalidade materna de 57,9 por 100 mil nascidos vivos, contudo no ano de 2020, ocorreu uma elevação acentuada nesse indicador, passando a 74,7 por 100 mil nascidos vivos. Um fator que justifica esta elevação foi a pandemia de COVID-19, que teve início em março de 2020 no país (Brasil, 2022).

No Estado de Pernambuco observou-se a mesma tendência de redução quando comparado o triênio de 2009-2011 com o de 2015-2017, onde era observado uma razão de mortalidade materna de 64,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos e reduziu para 58 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Pernambuco, 2021). No município de Recife no ano de 2011 foi apresentada uma taxa de mortalidade de 40,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor que sofreu elevação no ano de 2020 atingindo o valor de 148,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Pernambuco, 2022).

Políticas públicas de âmbito nacional vem sendo implantadas ao longo de muitos anos com o objetivo de atingir as metas estabelecidas e reduzir a mortalidade materna e neonatal. No ano 2000, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) buscando assegurar a melhoria do acesso e do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido (Brasil, 2000). Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal que apresenta entre suas ações estratégicas a maior vigilância dos óbitos maternos e infantis (Brasil, 2007). Fortalecendo ainda mais as políticas com foco na melhoria da assistência a mulher e o recém-nascido é instituído a Rede

Cegonha através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o objetivo de organizar a Rede de Atenção Materno Infantil garantindo um maior acesso aos serviços de saúde, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna com foco no componente neonatal (Brasil, 2011).

Apesar dos avanços conquistados com a melhoria do acesso aos serviços de saúde, pode-se perceber que somente isso não foi suficiente para obtenção de bons resultados na assistência à mulher. O maior obstáculo para que ocorra uma redução significativa no número de mortes maternas é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados durante todo o processo de gestação, parto e puerpério (Saxena *et al.*, 2018; Carvalho *et al.*, 2018).

No intuito de melhorar a qualidade do cuidado e a segurança no momento do parto, a OMS, desenvolveu o *Safe Childbirth Checklist* (SCC), em 2008, para que as maternidades pudessem ofertar uma assistência padronizada em relação aos riscos relacionados ao parto. Esse instrumento busca ajudar os profissionais de saúde a prestarem um cuidado de alta qualidade, desde a admissão da mulher até o momento da alta, além de tornar a comunicação interprofissional mais efetiva e direta, aumentando a segurança materno-infantil (OMS, 2017).

O SCC foi traduzido para o português, no “Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos” e recebeu a denominação de Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS) (OMS, 2017).

A LVPS contém 29 itens e é organizada em quatro momentos de pausa: na admissão, antes da expulsão, logo após o nascimento e antes da alta. Com base nas orientações da OMS se busca evitar as principais causas de óbito materno (hemorragia, infecção, trabalho de parto obstruído e distúrbios hipertensivos), nascidos mortos por causas intraparto (cuidados intraparto inadequados) e de mortes neonatais (asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade) em países de baixa renda. Cada item abordado diz respeito a uma ação essencial para a garantia de um cuidado seguro. Caso não seja executada, pode provocar sérios danos à parturiente, ao neonato, ou a ambos (OMS, 2017).

A LVPS é um instrumento simples, de baixo custo e eficaz, que assegura a realização de cuidados e adesão às boas práticas que são importantes durante o acompanhamento do parto. Dentre eles se destacam: (1) o uso do partograma, (2) a indicação de antibióticos no parto normal ou cesariana, (3) a condução da ruptura de membranas, (4) utilização do sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e ocitocina, (5) orientações ao acompanhante, (6) procedimentos em relação ao sangramento, (7) estímulo à amamentação, (8) sinais de perigo

ao longo da assistência às mulheres e os recém-nascido e (9) instruções para um alta segura (OMS, 2017).

É importante que os profissionais sejam sensibilizados sobre o uso desse instrumento. Isto é possível através de treinamentos e *feedbacks* regulares por parte dos profissionais. É essencial que os gestores estejam envolvidos em todo o processo de implementação (Costa *et al.*, 2019).

Um estudo realizado na Etiópia avaliou as mudanças ocorridas após a implantação do SCC com relação à disponibilidade de suprimentos essenciais para o parto e a adesão dos profissionais a Prática Baseadas em Evidências. Observou-se que após um ano da implantação do instrumento, houve melhora na disponibilidade dos insumos hospitalares essenciais para o parto e pós-parto, além de ter aumentado a adesão dos profissionais às práticas baseadas em evidências relacionadas a processo de parturição (Abawollo *et al.*, 2021).

Pesquisa realizada em maternidade no Distrito Federal buscou compreender como a implementação do Checklist do Parto Seguro modificou a prática obstétrica. Os profissionais envolvidos no estudo reconheceram a importância do instrumento ao considerar que este trouxe benefícios e contribuiu para melhoria da qualidade e segurança na assistência obstétrica, além de estimular a cultura de segurança do paciente (Custódio *et al.*, 2021).

Profissionais de saúde esclarecidos sobre os conceitos dos atributos envolvidos na qualidade, conseguem traçar estratégias mais efetivas na melhoria da assistência (Mann *et al.*, 2006), sempre lembrando que o cuidado deve ser centrado na pessoa e na comunidade, respeitando assim suas necessidades e preferências (World Health Organization, 2018).

A valorização do paciente como sujeito ativo do processo de cuidado, permite que ele saia da posição de receptor e passe a se tornar parceiro dos profissionais no processo de construção do cuidado. Promovendo assim a corresponsabilização onde todos são responsáveis pela construção de uma assistência de qualidade com o mínimo de danos para os envolvidos (OMS, 2013).

Diante disso, é importante considerar que cada mulher apresenta uma peculiaridade, por este motivo é importante conhecê-la e levá-la em consideração no planejamento das ações a serem ofertadas (Carvalho; Merhy; Sousa, 2019). Esse modo de fornecer cuidado permite que as pacientes produzam junto com os profissionais de saúde uma reflexão crítica e compartilhada de sua vivência sobre a gestação, parto e puerpério (Silva *et al.*, 2022).

Através das ações de educação em saúde é possível fornecer informações adequadas, claras e relevantes a essas mulheres, para que elas se sintam seguras em participar ativamente do trabalho de parto. Mulheres empoderadas e informadas terão experiências mais

satisfatórias e participarão junto com a equipe de saúde na prevenção dos *Near Miss* e dos eventos adversos (Rønnerhag *et al.*, 2018).

A enfermagem vem atuando junto à gestante no ciclo gravídico puerperal buscando reduzir a ocorrência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto (TP) e como consequência a redução dos casos de violência obstétrica. O enfermeiro, além de ofertar um cuidado baseado em evidências, atua nas ações de educação e saúde (Nascimento *et al.*, 2022).

Diante do exposto, observa-se a importância de ofertar um cuidado de qualidade para redução dos índices de mortalidade materna e neonatal. Os profissionais de saúde e as gestantes precisam ser sensibilizados sobre as barreiras para redução do risco da ocorrência de eventos adversos, dentre eles o óbito. Assim, faz-se necessário o monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança do paciente no intuito de traçar estratégias para melhoria da assistência.

Nesse contexto, a pesquisa tem como questão norteadora: Qual o desempenho de uma maternidade de Recife-PE com relação à adesão às boas práticas baseadas em evidências e ocorrência de eventos adversos? Quais indicadores de estrutura estão presentes em uma maternidade de Recife-PE?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal a partir do desempenho dos indicadores de estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o local de estudo segundo a caracterização das pacientes internadas, motivo de internação, tipo de assistência, quantitativo de profissionais, número de nascimentos; número de leitos tipo de parto e total de partos realizados.
- b) Identificar os indicadores de estrutura na referida maternidade.
- c) Avaliar o desempenho com relação aos indicadores de processo - adesão às boas práticas.
- d) Avaliar o desempenho com relação aos indicadores de resultado - eventos adversos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas de Saúde *versus* mortalidade materna

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde que reflete as condições sociais, econômicas e a qualidade de vida de uma determinada localidade (Tintori *et al.*, 2022). Destaca-se que 99% dessas mortes ocorrem em locais com poucos recursos e a maioria poderia ter sido evitada (Silva *et al.*, 2019).

Esses óbitos podem ser classificados como óbitos maternos por causa direta, os quais estão relacionados a complicações ocorridas durante a gestação, parto ou puerpério em razão de uma assistência inadequada, más práticas e omissões, e em indireta, ocasionados pelo agravamento de alguma doença existente antes da gestação ou que se desenvolveu neste período, mas não tem relação com as causas diretas, e podem ter sido agravadas pelas mudanças fisiológicas da gravidez (Brasil, 2009).

No monitoramento desses óbitos é utilizado o indicador da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que leva em consideração o número de óbitos ocorridos por causas maternas e a quantidade de nascidos vivos (NV) no mesmo período de tempo, expressa por 100 mil nascidos vivos. Elevados valores desse indicador estão associados a falhas na prestação dos serviços a mulher desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério (Medonça *et al.*, 2022).

Esse indicador é utilizado para avaliar a saúde das mulheres e o desenvolvimento econômico e social dos países, além de servir como base para planejamento de políticas públicas (Menezes *et al.*, 2022). Diante da sua importância, no ano 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs a adoção de oito objetivos, denominados Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que tinham como finalidade eliminar a fome e a extrema pobreza. Dentre esses objetivos, o de número 05 prioriza a melhoria da assistência à saúde materna, tendo como meta reduzir até 2015 a mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990 (Brasil, 2014).

O Brasil participou desse compromisso mundial, mas não conseguiu atingir a meta estabelecida, que era de 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (Ca *et al.*, 2022). Observou-se uma redução de 43% desses óbitos entre anos de 1990 e 2013, caindo de 120 óbitos por 100 mil NV para 69 por 100 mil NV (UNA-SUS, 2014). Tendência de redução similar foi observada em todo o mundo, mas apenas nove países conseguiram reduzir em 75% os óbitos maternos (Andrade *et al.*, 2020).

No ano de 2015 inspirados nos ODM novos objetivos e metas foram estabelecidos e denominados de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), eles começaram a vigorar em janeiro de 2016 e dentre suas metas está a redução da mortalidade materna para menos de 70 óbitos por 100.000 NV (Brasil, 2014).

Segundo o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) agência de desenvolvimento populacional da ONU, no Brasil a RMM ainda permanece elevada, com um aumento significativo após a pandemia de COVID-19. No ano de 2021 foram registradas 107, 53 mortes por 100 mil NV um aumento de 77% dos óbitos quando comparado com o ano de 2019 que teve 55,31 mortes por 100 mil NV. A causa dessa elevação está relacionada a pouca quantidade de leitos de terapia intensiva para cuidados com gestantes e a pequena quantidade de profissionais qualificados para atender estas mulheres (UNFPA, 2022).

No Brasil políticas públicas vem sendo implementadas com objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde, melhorar a qualidade da assistência ofertada a gestante, recém-nascido e puérpera e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, dentre elas podemos destacar o PHPN instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569 de 1 de junho de 2000 (Brasil, 2000)

Segundo o PHPN a humanização apresenta dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito a adoção de uma postura ética e cooperativa pelos profissionais de saúde tendo a convicção que é responsabilidade das instituições receber com dignidade a mulher, sua família e recém-nascido, as unidades devem se organizar de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional modelo isolamento tradicional imposto a população feminina. O segundo aspecto diz respeito a incorporação de práticas benéficas durante o acompanhamento do parto e nascimento, evitando o uso de intervenções desnecessárias, que expõem a mulher e o RN a maiores riscos de complicações (Brasil, 2002).

São pontuadas como responsabilidades das Unidades de Saúde para a prestação de uma assistência adequada: o atendimento de todas as gestantes que buscarem o serviço, sendo garantido a elas a internação quando necessitarem, a transferência da gestante e do neonato em transporte adequado e mediante vaga assegurada em outra unidade de atendimento, presença do pediatra na sala de parto, acompanhamento da parturiente durante todo o trabalho de parto, registro da evolução do parto no partograma (Brasil, 2000).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde entendendo que para o enfrentamento da morte materna é necessário o envolvimento dos diferentes atores sociais (governos, serviços e profissionais de saúde, e toda a sociedade), de modo a garantir que as políticas nacionais

sejam executadas e respondam as necessidades locais da população instituiu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004).

O Pacto apresenta como ações estratégicas a garantia da presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato e alojamento conjunto, garantia de acesso ao serviço de saúde evitando a peregrinação da gestante, e no caso de a unidade não ter suporte adequado para realizar o atendimento é feito o encaminhado de forma segura para outra instituição de maior complexidade, e houve um maior estímulo na vigilância dos óbitos maternos e fetais com o fortalecimento da atuação dos Comitês de Morte Materna, essa ação busca identificar os principais fatores envolvidos nestes óbitos (Brasil, 2004).

Nesse mesmo ano levando em consideração a avaliação das políticas anteriores foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), a qual apresenta um olhar integral para a mulher além do caráter reprodutivo (Brasil, 2004a). A partir de então a mulher passa a ser vista como sujeito autônomo e participativo na formulação de políticas públicas (Freitas *et al.*, 2009).

A PNAISM tem como um dos seus objetivos gerais contribuir com a redução da mortalidade materna no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais. Como objetivo específico é proposto a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes (Brasil, 2004a).

Embora essas políticas tenham garantido melhorias no acesso ao pré-natal e ao parto, além de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, a manutenção elevada da RMM em comparação com o cenário internacional indica a presença de obstáculos que ainda precisam ser superados, dentre eles o predomínio de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis, a alta frequência de intervenções obstétricas desnecessárias, como a cesariana e a concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida (Gama *et al.*, 2020).

Com o propósito de mudar este cenário, no ano de 2011 através da portaria 1459 foi instituída a Rede Cegonha (RC), trata-se de uma estratégia que busca assegurar a efetividade da rede de cuidado materno infantil, tendo como objetivo a garantia do direito ao planejamento familiar e a atenção humanizada do pré-natal, parto e puerpério, assim como as crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (UNASUS, 2016).

A rede prioriza o acesso a uma assistência de pré-natal de qualidade, com a garantia de acolhimento com classificação de risco, a vinculação de gestante a uma unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, assim como atenção as

crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolubilidade e acesso as ações de planejamento familiar (UNA-SUS, 2016).

A RC reiterou e priorizou as ações relativas à adoção das boas práticas na assistência a parturiente e destacou que a qualificação do cuidado obstétrico com foco na redução da mortalidade materna, só é possível através da renovação do modelo hegemônico hospitalar, no qual 98% dos partos acontecem em ambiente hospitalar com a utilização de várias tecnologias e procedimentos objetivando torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho (Brasil, 2017).

Entretando nesse cenário a mulher é exposta intensa medicalização do parto com a utilização de intervenções como a episiotomia, a cesariana, a aspiração naso-faríngea entre outras. Esses procedimentos deveriam ser adotados somente quando necessário, mas se tornaram corriqueiros no ambiente hospitalar e expõem o binômio ao maior risco de complicações (Brasil, 2017).

Diante dessa problemática no ano de 2017 o Ministério da Saúde (MS) publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a qual se propõe a sintetizar e avaliar sistematicamente as evidências científicas disponível com relação as práticas mais comuns e seguras adotadas na assistência ao parto e nascimento fornecendo dados e orientações aos envolvidos no cuidado. Além de, uniformizar e padronizar as condutas adotadas no cuidado a parturiente e assim reduzir a prática de intervenções desnecessárias (Brasil, 2017).

A adoção das boas práticas contribui para um processo parturitivo mais seguro, em que são adotadas práticas baseadas nas melhores evidências científicas, colaborando para redução de intervenções desnecessária e diminuindo as chances de ocorrer desfechos desfavoráveis (Pereira *et al.*, 2018).

3.2 Qualidade do cuidado obstétrico no contexto da segurança do paciente

A OMS define qualidade como a medida em que os cuidados em saúde geram bons resultados para o paciente. Para que o cuidado seja considerado de qualidade é necessário levar em consideração que ele a presença dos seguintes atributos oportunidade, equidade, efetividade, segurança, cuidado centrado no paciente, eficiência, integração (OMS, 2018).

A avaliação dos serviços de saúde é de suma importância, pois através dela é possível identificar fragilidades e oportunidades de melhorias (BÁO *et al.*, 2019). Na realização da avaliação são utilizados indicadores, os quais permitem o monitoramento dos serviços de saúde, auxiliam no planejamento de ações relacionadas a melhoria da qualidade e orientam os

pacientes na realização de escolhas. Sua utilização depende da validade, confiabilidade e viabilidade (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010).

Na construção dos indicadores propõem que seja levada em consideração a tríade de estrutura, processo e resultado. A estrutura é definida como os fatores que afetam o cenário onde os cuidados são ofertados, tais como equipamentos, estrutura, recursos humanos. Na avaliação do processo, as práticas adotadas pelos profissionais são analisadas e julgadas se estão em conformidade com as evidências científicas, e o resultado refere-se as mudanças desejáveis ou indesejáveis geradas pelos cuidados de saúde. Há uma relação unidirecional entre os elementos da tríade, na qual a estrutura adequada produz processo efetivos e esse por sua vez produz resultados favoráveis (DONABEDIAN, 1988).

Além de levar em consideração a tríade proposta por Donabedian (1988) é importante que esses indicadores estejam relacionados a alguma das dimensões qualidade, sendo a segurança do paciente um dos principais atributos da qualidade (SATURNO-HERNANDEZ, 2015; ANVISA, 2014a). A segurança do paciente (SP) é um dos principais atributos da qualidade, sendo definida como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente (OMS, 2009).

Essa temática ganhou destaque após a publicação do relatório do *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), que apontou que aproximadamente 100 mil pacientes hospitalizados nos Estados Unidos da América (EUA) morrem anualmente em decorrência de EA (ANVISA, 2014).

A OMS, no ano 2004, demonstrando preocupação com a situação de saúde e com o elevado número de EA, criou a *World Alliance for Patient Safety*, a qual tem como objetivo coordenar os programas de SP nos países membros, estimulando a adoção de medidas de promoção da SP (ANVISA, 2017).

Dentre as medidas propostas foram lançados três desafios globais: o primeiro em 2005, com foco na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por meio da higienização das mãos, o segundo, em 2008, voltado para segurança dos procedimentos cirúrgicos, através da utilização de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico e o terceiro desafio foi lançado em 2017, com o objetivo de reduzir o nível dos danos graves evitáveis associados a medicamentos (OMS, 2021).

No Brasil, um marco para a SP foi a criação da Portaria 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a fim de assegurar a prioridade da segurança do paciente nas instituições de saúde, com o estabelecimento de

princípios e diretrizes que integram todos os processos dos cuidados, e estão articulados junto com a gestão organizacional (SILVA et al., 2023).

Nesse mesmo ano, a fim de regulamentar as ações relacionadas a SP, foi publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013. Nela estão inseridos os conceitos de gestão de risco e traz a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), além da notificação, vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde (ANVISA, 2017).

Define-se incidente como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Segundo a OMS conforme a taxonomia adotada pela SP, são incluídos no conceito de incidente, as situações: circunstâncias notificáveis, *near miss*, incidentes sem danos e evento adverso (OMS, 2009).

A circunstância notificável é caracterizada por evento, circunstância ou processo com grande potencial de causar dano, mas não houve erro associado ao evento. O *near miss* é o incidente que foi detectado antes de atingir o paciente. O incidente sem dano é aquele que atingiu o paciente, mas não causou danos. E por fim, o evento adverso é um incidente que resulta em dano ao paciente (OMS, 2009).

Os EA adversos mais comuns na assistência à saúde, são: as infecções relacionadas a assistência de saúde (IRAS), administração de dose ou via errada, reações adversas graves aos medicamentos, os erros de diagnóstico, as falhas de comunicação entre os profissionais, realização de cirurgia no local errado ou no paciente errado, a retenção de corpo estranho. Eles trazem repercussões diversas, dentre elas o prolongamento do tempo de internamento, maiores gastos hospitalares, além de sofrimento, incapacidade e morte (ANVISA, 2013).

Entre os principais fatores que contribuem para a ocorrência desses eventos está a superlotação das unidades, a raridade de prontuários ou prescrições eletrônicas, a dispensação coletiva de medicamentos, os padrões de funcionamento imprecisos ou inexistentes, os cortes de recursos orçamentários que levam a falta de medicamentos e materiais, o estresse e a sobrecarga no ambiente de trabalho (ANVISA, 2013).

Nos últimos anos, a segurança do paciente vem ganhando destaque nas agendas mundiais que discutem acerca da qualidade da assistência materno-infantil. Tal fato justifica-se pela elevada demanda assistencial e complexidade do cuidado. Somente no Brasil, anualmente acontecem cerca de 3 milhões de nascimentos, contabilizando em média 6 milhões de pacientes, levando-se em consideração a parturiente e seu recém-nascido (ANVISA, 2014a).

Atualmente 98% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar fator que por muito tempo contribuiu para a redução da mortalidade materna-infantil (ANVISA, 2014a). Porém, observou-se que esse modelo de assistência tecnocrático e medicalizado, que considera a gravidez, o parto e nascimento um evento patológico, expõe o binômio a uma grande quantidade de intervenções como cesáreas sem justificativa, uso excessivo de uterotônicos e amniotomia, pressão no fundo do útero durante a segunda fase do TP (Manobra de Kristeller), episiotomia, posição de litotomia e separação precoce da mãe e bebê (SALGADO et al., 2017; ANVISA, 2017).

Esse modelo de atenção vai de encontro as recomendações da OMS, que defende o uso parcimonioso dessas intervenções e não como rotina, a fim de garantir maior segurança e qualidade na assistência ofertada ao binômio. A práticas das intervenções obstétricas tem sua importância reconhecida, porém só devem ser utilizadas quando necessárias, e de acordo com as evidências científicas, seu uso sem indicação pode trazer danos para a parturiente e RN (ANVISA, 2014a).

Os EA estão diretamente associados a maior morbimortalidade, sendo os mais comuns na assistência obstétrica: a morte materna, a eclampsia, a rotura uterina, as lacerações perineais e fistulas vaginais, dentre outros, que causam impacto negativo na vida da mulher (OLIVEIRA et al.,2020).

No ano de 2012 o *Institute Healthcare Improvement* (Cambridge, Massachussets) relatou que 9% dos partos realizados na instituição apresentavam algum EA. Nos EUA no ano de 2008 foram gastos 17,4 milhões de dólares no tratamento de pacientes com partos complicados. A internação hospitalar de uma gravidez com complicações é 50% mais onerosa do que de uma gravidez sem complicações (FOGLIA et al., 2015).

Segundo a OMS o momento do parto e o período imediatamente posterior ao nascimento são particularmente críticos para a sobrevivência a bem-estar materno, fetal e neonatal. A oferta de cuidados eficazes e de alta qualidade são essenciais para prevenir e gerenciar complicações relativas a esse período crítico (OMS, 2016).

A qualidade do atendimento depende da infraestrutura física, recursos humanos qualificado, com conhecimento, habilidades e capacidade para lidar com as complicações que requerem intervenções eficazes e em tempo oportuno para salvar vidas. A baixa qualidade do cuidado é apontada como principal fator de risco para a ocorrência de desfechos negativos relacionados ao parto. Estudos indicam que falhas na assistência estão relacionados ao manejo incorreto de comorbidades como hipertensão e hemorragia grave (OMS, 2016; PRAXEDES et al., 2017).

No Brasil entre os anos 2011 e 2012 foi realizada a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento”, ela apontou que é necessário reformular a atenção ao parto e nascimento no país, levando-se em consideração que muitos desfechos desfavoráveis estão relacionados a qualidade da assistência. Para que essa mudança ocorra é fundamental o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, sociedade civil e das mulheres que vivenciam esta experiência (FIOCRUZ, 2012).

Com o objetivo de promover uma assistência obstétrica segura e de qualidade que reduza os danos decorrentes do processo reprodutivo e minimize os agravos causados pela assistência ofertada, além de contribuir com um cuidado com foco na humanização, a ANVISA elaborou um documento sobre a Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal voltado para o fortalecimento dos serviços que ofertam assistência a esse público específico (ANVISA, 2014a).

As diretrizes presentes neste documento devem ser utilizadas como fundamento e direcionamento na construção e remodelação de unidades de atendimento materno e neonatal, além de servirem como um guia para a organização e estruturação dos serviços. Também funcionarão como suporte e referência na criação de sistemas de segurança do paciente nessas unidades, visando à redução de erros e danos inerentes ao processo de assistência (ANVISA, 2014a).

Até o presente momento não existem indicadores padronizados a nível internacional para avaliar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, alguns são sugeridos por órgãos internacionais e utilizados para avaliar o impacto da implementação das ações voltadas para a melhoria da qualidade assistencial nessa área. Sugere-se que esses serviços selecionem e empreguem os indicadores mais sensíveis e que sejam representativos da qualidade da assistência prestada pela instituição local. Além disso, é fundamental considerar a importância desses indicadores para os usuários, profissionais da saúde, órgãos reguladores governamentais e avaliadores externos (ANVISA, 2014a).

No intuito de melhorar a qualidade e segurança da assistência materna e neonatal, a OMS no ano de 2008, criou o *Safe Childbirth Checklist* (SCC), para que as maternidades pudessem prestar uma assistência padronizada a fim de prevenir os principais riscos relacionados ao parto (WHO, 2015c).

O checklist é instrumento que apresenta quatro momentos de pausa (admissão, imediatamente antes do parto, logo após o parto e antes da alta) e é composto de 29 itens e que incluem lembretes sucintos para a prevenção, detecção e tratamento das principais causas de morte materna e neonatal ocasionados pela assistência inadequada ao parto e nascimento.

É uma ferramenta simples, de baixo custo e eficaz, que melhora a comunicação, garante a realização de cuidado com qualidade e segurança do paciente (WHO, 2015c).

Embora os erros sejam inevitáveis, é possível mitigá-los por meio de uma educação contínua em segurança, visando à prevenção de falhas antes mesmo de ocorrerem. Para isso, é fundamental investir em capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, buscando aprimorar suas práticas e procedimentos. Dessa forma, a redução desses erros contribuirá para a diminuição dos alarmantes índices de óbitos durante o período pré-parto e puerpério, favorecendo a saúde materno-fetal, que deve ser uma prioridade para todos os membros da equipe de saúde (SANT'ANA *et al*, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva e retrospectiva, a partir de dados primários, na qual ocorreu a análises dos indicadores da qualidade na assistência obstétrica e segurança do paciente, segundo a ocorrência de eventos adversos e adesão às boas práticas para o parto seguro, fundamentados na revisão de prontuário.

Nos estudos observacionais o investigador atua meramente como um expectador de fenômenos ou fatos, não realizando qualquer tipo de intervenção que possa influenciar no desfecho, embora nesse meio tempo, realize medições, análises e outros procedimentos de coleta (Fontelles *et al.*, 2009).

Os estudos transversais são classificados como estudos observacionais, nos quais o pesquisador mensura os resultados e as exposições a um determinado fenômeno ao mesmo tempo, com a vantagem de serem realizados de forma rápida e com baixo custo (Setia, 2016). Podem ser denominados de descritivos quando descrevem a distribuição ou característica do objeto pesquisado sem que haja uma preocupação com as relações causais. (Fronteira, 2013).

Esta pesquisa foi conduzida segundo *checklist* elaborado por pesquisadores da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observation studies in Epidemiology* (STROBE) o qual contém orientações para aprimorar a qualidade dos estudos observacionais (Vandenbroucke *et al.*, 2007).

Ressalta-se que o estudo é observacional porque analisa apenas o fenômeno de estudo sem prover nenhuma intervenção. Por sua vez, é classificado como descritivo porque descreve os indicadores de estrutura da unidade, dentre eles quantidade de profissionais, número de leitos, indicadores de processo e os indicadores de resultado. É transversal porque analisa os prontuários em um único momento e retrospectivo porque avalia os prontuários das mulheres que tiveram alta em 2022.

4.2 Local do estudo

O local de pesquisa é um hospital universitário da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), público localizado em Recife-PE, certificado junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, oferece atendimento médico-hospitalar ambulatorial e de internação a população do Estado de Pernambuco e de outros estados do Nordeste, sendo referência de média e alta complexidade.

O hospital investigado é referência em atendimento de gestação de alto risco. As gestantes que pretendem parir nessa instituição podem ser admitidas de forma espontânea, serem encaminhadas do pré-natal ou transferidas pela central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde. Adentrando à Unidade a parturiente é avaliada por uma enfermeira obstetra na triagem e depois encaminhada para o atendimento médico obstetra. Logo após, é definida conduta, caso seja necessário o internamento, a mulher é direcionada ao Centro Obstétrico ou a Enfermaria de Alto Risco. Todas as parturientes têm direito a um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto.

A Unidade Obstétrica conta com quatro salas de parto, sendo 01 sala de cesárea, 01 de curetagem e 02 salas para parto normal, 9 leitos destinados à gestação de alto risco e 21 leitos de alojamento conjunto, apresentando uma média de 123 partos por mês. A Unidade Neonatal tem 10 leito de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 10 na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) (5 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo e 5 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa).

A coleta ocorreu na Central de Documentação Clínica e foram analisados os prontuários de mulheres e recém-nascidos assistidos no ciclo gravídico puerperal no referido hospital. Parte dos registros da assistência às parturientes e recém-nascidos são realizados nos prontuários de forma eletrônica, logo após esses dados são impressos para fins de registro físico.

4.3 População do estudo e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres que pariram por via vaginal ou cirurgia cesárea no hospital investigado e seus recém-nascidos. No ano de 2022 foram contabilizados 2208 partos, desses 935 foram realizados entre os meses de junho a setembro. Na seleção dos prontuários utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples, onde os

elementos foram escolhidos ao acaso, tendo cada membro da população a mesma probabilidade de ser selecionado.

Saturno-Hernandez (2015) sugere que o número de 30 observações pode ser suficiente, ou mesmo 10% do marco amostral total, devendo os dados serem obtidos por meio de uma amostragem probabilística, pois se trata de um plano de medição. Segundo Etchells, Ho e Shojania (2016), projetos relacionados à melhoria da qualidade não necessitam de amostras grandes, um número mais reduzido permite a detecção de problemas e a verificação do efeito de intervenções de forma mais eficiente, mantendo seu valor estatístico.

Para este estudo solicitou-se à Central de Documentação Clínica 160 prontuários entre os meses de junho a setembro de 2022, assim analisou-se respectivamente; 40, 41, 39 e 35 prontuários. A escolha dos prontuários foi feita a partir de uma lista organizada no *Microsoft Excel* mês a mês com base no número de partos para aquele período, após isso ocorreu o sorteio aleatório simples dos prontuários que seriam analisados mês a mês. Os prontuários foram captados junto à Central de Documentação Clínica do hospital investigado. No total foram analisados 155 prontuários.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os prontuários de mulheres assistidas no hospital do estudo e submetidas ao parto normal/vaginal e ou cirurgia cesariana no período de junho a setembro de 2022. Foram excluídos os prontuários de mulheres com histórico de aborto e/ou óbito fetal na internação investigada.

4.5 Instrumentos

No intuito de verificar os indicadores de estrutura, foi construído pela pesquisadora e avaliado pela orientadora do estudo, um Instrumento de Avaliação do Indicador de Estrutura (APÊNDICE A), com base na Lista de Verificação de Parto Seguro - Brasil (LVPS-BR) previamente adaptado e validado para o contexto brasileiro (CARVALHO *et al.*, 2018), nos protocolos de segurança do paciente instituídos pelas portarias GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e na Resolução nº 36, de 8 de junho de 2008 que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

O instrumento utilizado para avaliar a estrutura teve como resposta presença ou ausência do material na instituição em estudo, dentre os itens analisados temos: presença de material para higienização das mãos, disponibilidade de ocitocina, sulfato de magnésio, antibióticos, antirretrovirais, foi observado se os profissionais faziam uso de um protocolo padronizado pelo hospital.

A adaptação e validação do *checklist* de Parto Seguro da OMS adaptado para contexto brasileiro, está inserido em um estudo multicêntrico registrado na iniciativa “*Safe Childbirth Checklist Collaboration*” (SCC) da OMS, e conta com a colaboração de quatro países da América Latina (Brasil, México, Peru e Venezuela) e um país da África Oriental (Tanzânia). No Brasil, a coordenação do projeto é feita pelo Grupo de Pesquisa Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde – QualiSaúde, ligado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e certificado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) (CARVALHO *et al.*, 2018).

O LVPS-br apresenta quatro diferentes pontos de pausas (admissão, parto, pós-parto, alta), com um total de 49 itens a serem verificados, sendo 10 na admissão, nove antes da expulsão, 14 imediatamente após o nascimento e 16 antes da alta. As opções de resposta são sim ou não, com observações que variam conforme cada item avaliado (CARVALHO *et al.*, 2018).

Com relação às boas práticas no parto e nascimento, que correspondem aos indicadores de processo, foram avaliadas as práticas presentes na Plataforma QualiParto¹. A Plataforma QualiParto é um *software* que realiza o monitoramento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal a partir da coleta, armazenamento e avaliação automática dos dados, gerando gráficos run chart, relacionados aos eventos adversos, boas práticas e adesão ao checklist de parto seguro da OMS adaptado e validado para realidade brasileira. É composta por três módulos que podem ser utilizados de forma independente, eles são: Boas Práticas, Eventos Adversos e adesão ao checklist de Parto Seguro. No caso do estudo serão utilizados dois módulos, pois a instituição não faz uso da Lista de Verificação para Parto Seguro-Brasil.

4.6 Variáveis do Estudo

A variáveis relativas ao indicador de estrutura se relacionaram ao processo de cuidado, as condições de infraestrutura, a planta física, os materiais médico hospitalares, o quantitativo

¹ Link de acesso à Plataforma QualiParto: <http://qualiparto.ccs.ufrn.br/>

de profissionais que atuam na unidade, número de leitos obstétricos, números de nascimento, tipo de partos.

As variáveis analisadas pela Plataforma QualiParto foram: **a) Boas práticas para a mãe:** utilização do Partograma para monitoramento do progresso do parto; presença de acompanhante durante o parto; administração da ocitocina no 1º minuto pós parto para prevenir hemorragia; **b) Boas práticas para o recém-nascido:** administração da Vitamina K; início da amamentação na primeira hora após o parto; contato pele a pele imediatamente após o parto; clampeamento oportuno do cordão umbilical; e identificação do recém-nascido com pulseira. Na avaliação dos prontuários se observou a legibilidade da letra levando-se a consideração a compreensão do que está escrito, uso de abreviaturas, presença de rasuras.

Os EA correspondem aos indicadores de resultado, estes foram avaliados na plataforma através dos indicadores de qualidade padronizados por Mann *et al.* (2006). Os indicadores e seus respectivos escores de gravidade presentes no QualiParto são: Morte Materna (escore 750); Morte intraparto ou neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g (escore 400); Ruptura uterina (escore 100); Admissão materna em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (escore 65); Tocotraumatismo (escore 60); Retorno da mãe à sala de cirurgia/parto (escore 40); Admissão em UTI neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g por um tempo > 24 horas (escore 35); APGAR < 7 no 5º minuto (escore 25); Transfusão de sangue (escore 20) e; Laceração perineal de 3º ou 4º grau (escore 5).

Quadro 1 – Variáveis relacionadas aos indicadores de estrutura, processo e resultado. Recife-PE, 2023

Indicador de estrutura	Indicador de processo	Indicador de resultado
• Quantitativo de leitos • Quantitativos de profissionais • Estrutura física do COB • Matérias e equipamentos disponíveis • Insumos médicos-hospitalares	Boas práticas para a mãe: • utilização do Partograma para monitoramento do progresso do parto; • presença de acompanhante durante o parto; • administração da ocitocina no 1º minuto pós parto para prevenir hemorragia	Eventos Adversos relacionados a mãe: • Morte Materna (escore 750); • Morte intraparto ou neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g (escore 400); • Ruptura uterina

• Quantidade de nascimentos e via de parto,		(escore 100); • Admissão materna em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (escore 65); • Tocotraumatismo (escore 60); • Retorno da mãe à sala de cirurgia/parto (escore 40);
	• Boas práticas para o recém-nascido: • administração da Vitamina K; • início da amamentação na primeira hora após o parto; • contato pele a pele imediatamente após o parto; • clampeamento oportuno do cordão umbilical; • identificação do recém-nascido com pulseira.	Eventos Adversos relacionados ao recém-nascido: • Admissão em UTI neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g por um tempo > 24 horas (escore 35); • APGAR < 7 no 5º minuto (escore 25); • Transfusão de sangue (escore 20) • Laceração perineal de 3º ou 4º grau (escore

		5)
--	--	----

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

4.7 Procedimento para coleta de dados

A coleta foi realizada pela autora da pesquisa com o apoio de auxiliares de pesquisa devidamente treinados com relação à leitura dos prontuários e preenchimento do instrumento. No treinamento disponibilizou-se um roteiro de Procedimento Operacional Padrão (POP) a fim de deixar claro os procedimentos relacionados ao processo de coleta de dados. A pesquisa foi iniciada somente após aprovação do comitê de ética com carta de anuência do referido hospital (APÊNDICE C).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2023 e foi dividida em dois momentos: Momento 1: Observação da estrutura da unidade, e contato com a gerente de enfermagem em caso de dúvidas; Momento 2: Análise dos prontuários, conduzida pela pesquisadora e a equipe de auxiliares de pesquisa mediante uma escala de coleta de dados.

A observação da estrutura ocorreu *in loco* direcionadas pelo Instrumento de Avaliação do Indicador de Estrutura (APÊNDICE A).

A coleta de dados com relação ao processo e estrutura ocorreu na Central de Documentação Clínica do hospital investigado que conta com um computador, no qual foi criado uma pasta com os prontuários digitalizados, que só eram acessados na presença da pesquisadora principal. Os prontuários físicos ficavam de posse da responsável pelo setor e eram cedidos de acordo com a necessidade das pesquisadoras.

A pesquisadora principal fazia a análise dos prontuários quanto a presença de rasuras, abreviações, as informações relativas aos cuidados com a gestante e o desfecho desse. Os dados eram transmitidos para as auxiliares de pesquisa que preenchiam o instrumento de coleta, foram analisados em média de 10 a 15 prontuários diariamente.

4.8 Análise de dados

Realizou-se uma análise descritiva dos indicadores de estrutura, bem como dos indicadores de processo e resultado (eventos adversos). As análises descritivas relativas aos indicadores de processo e estrutura foram realizadas no *software* Jamovi, versão 2.3.0 (THE

JAMOVİ PROJECT, 2022). Já as análises relacionadas aos indicadores de resultado (eventos adversos) foram realizadas a partir do *software* QualiParto (QUALIPARTO, 2020).

A Plataforma QualiParto compreende três elementos principais: o módulo do servidor, o módulo de visualização e o módulo de aplicativo para dispositivos móveis. O módulo do servidor faz uso da linguagem Java em conjunto com a biblioteca *Spring Boot*, juntamente com o banco de dados PostgreSQL, para receber e armazenar os dados dos questionários coletados. O módulo de visualização é construído com base na biblioteca *React*, destinada a criar uma interface de acesso ao sistema. Através dessa interface, os usuários podem enviar informações de questionários e visualizar relatórios relacionados às coletas registradas, as quais estão organizadas por instituição (SOUZA, 2020).

As informações obtidas são automaticamente consolidadas em um relatório de avaliação, abrangendo a análise do desempenho dos indicadores de qualidade do parto. O relatório completo pode ser criado e transferido da plataforma no formato PDF. Esses relatórios são elaborados levando em conta todas as coletas realizadas pelo hospital, oferecendo a flexibilidade de adaptar a produção do relatório de acordo com o período de coleta desejado. Além disso, é possível selecionar gráficos de indicadores específicos conforme as necessidades do serviço (SOUZA, 2020).

Por serem raros os EA no cuidado obstétrico, os indicadores simples da plataforma Quali Parto são organizados em indicadores compostos, e dão origem a outras três medidas de assistência ao parto, os mesmos foram utilizados na análise desse estudo:

- **Índice de Resultados Adversos–IRA** (do inglês *Adverse Outcome Index-AOI*): porcentagem de partos com um ou mais eventos adversos.
- **Escore Ponderado de Resultado Adverso–EPRA** (do inglês *Weighted Adverse Outcome Score-WAOS*): soma dos pontos atribuídos aos casos com resultados adversos divididos pelo total de partos analisados.
- **Índice de Gravidade-IG** (do inglês *Severity Index-SI*) soma dos escores dos resultados adversos dividido pelo número de partos complicados pelos EA;

O IRA fornece o número de partos com eventos adversos (EA). O EPRA considera os EA de acordo com a sua gravidade e escore atribuído a cada um deles e a relação desses com o total de partos analisados e o IG analisa a gravidade média dos partos com eventos adversos. O somatório de pontos é importante para a priorização das políticas de gestão do cuidado (MANN, 2006). A apresentação destes dados na forma de gráfico *run chart* é considerada uma importante inovação para melhoria da assistência obstétrica e neonatal (SOUZA, 2020).

O gráfico *run chart* tem como referência o valor do indicador, sua utilidade limita-se a análise de tendência e detecta mudança através de uma sequência de valores. Tem sido muito utilizado para compreender as mudanças nos processos assistenciais, porque permite a visualização dos dados ao longo de um tempo, e não somente por uma estatística resumida, produz melhores informações e auxilia nos projetos de melhoria (SATURNO-HERNÁNDEZ, 2015).

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que estabelece que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem ser submetidas à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa local. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer (6.239.699) e no Comitê Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE sob o parecer (6.102.124).

Somente pesquisadores autorizados tiveram acesso aos dados da pesquisa, que ficarão armazenados sob a guarda da pesquisadora responsável e serão digitados em uma planilha do *Microsoft Excel* para fins da análise estatística. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das condições materna e perfil social das mulheres assistidas

A partir das características sociodemográficas das gestantes analisadas, evidenciou-se que a maioria possuía idade entre 19 e 25 anos (29,03%), escolaridade no ensino fundamental incompleto/completo (51,61%). Acerca das condições maternas um maior número de gestantes encontrava-se com idade gestacional entre 35 a 38 semanas (50,32%), na primeira gestação (36,77%), sem partos anteriores (37,42%) e com um aborto (12,90%). O principal motivo que levou o internamento dessas gestantes foi a hipertensão gestacional sem gravidade (21,15%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e condições maternas das gestantes internadas no período do estudo. Recife- PE, 2023

Variáveis	N	%
Idade		
14 a 18 anos	19	12,26
19 a 25 anos	45	29,03
26 a 30 anos	35	22,58
31 a 34 anos	26	16,77
35 a 41 anos	26	16,77
42 anos ou mais	04	2,58
TOTAL		
Escolaridade		
Fundamental I incompleto/completo	60	38,71
Fundamental II incompleto/completo	80	51,61
Superior incompleto/completo	09	5,81
Outros	02	1,29
Sem informação	04	2,58
Idade Gestacional		
<29 semanas	01	0,64
30 a 34 semanas	07	4,52
35 a 38 semanas	78	50,32
39 a 42 semanas	69	44,52
Número de gestações		
01 gestação	57	36,77
02 gestações	38	24,52
03 a 04 gestações	44	28,39
05 ou mais gestações	16	10,32
Número de Partos		
Sem partos anteriores	58	37,42

Até 1 partos	43	27,74
02 partos	27	17,42
03 a 04 partos	23	14,84
05 ou mais partos	04	2,58
Aborto		
Até 01	20	12,90
02 abortos	8	5,16
03 ou mais	1	0,64
**Motivo da Internação		
Hipertensão Gestacional sem gravidade	55	21,15
Pré-eclâmpsia	48	18,46
Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional	35	13,46
*Outros	28	10,77
Hipertensão Crônica	21	8,08
Obesidade	13	5
Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	10	3,85
Alterações do Líquido Amniótico	8	3,08
Crescimento Intrauterino Restrito	7	2,69
Trabalho de Parto Prematuro	7	2,69
Diabetes Mellitus	6	2,31
Eclampsia	1	0,38

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

*Outros (Trabalho de Parto Prematuro, Toxoplasmose, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, esclerose sistêmica, anemia, lúpus, infecção de trato urinário, taquicardia fetal, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, febre reumática, Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, Sepsis, Hepatite C).

**O número de observações é maior que o tamanho da amostra, pois alguns motivos de internamento se repetiam.

5.2 Caracterização dos prontuários

Dos prontuários analisados 62,58% (n=97) foram digitalizados e 37,42% (n=58) disponibilizados no formato físico. Desses 99,3% (n=150) apresentavam a identificação dos profissionais que prestaram assistência à mulher e ao recém-nascido durante período de internação com nome completo, número do registro do conselho profissional e assinatura, 84,52% (n=131) apresentavam rasuras, todos os prontuários apresentavam em alguns registros do prontuário, como no diagnóstico, via de administração do medicamento. O motivo do internamento foi especificado em 98,06% (n=152) dos prontuários, sendo que em 1,94% (n=03) não foi informada a causa da internação na Unidade.

5.3 Indicadores de Estrutura

O hospital não tem Unidade de Terapia Intensiva obstétrica. Assim, as pacientes que apresentam complicações são encaminhadas para a UTI geral do referido hospital.

O Centro Obstétrico conta com 06 enfermarias coletivas, sendo 02 leitos específicos, posto de enfermagem, salas para o conforto dos profissionais sendo um dos enfermeiros, um dos médicos e outras dos residentes, sala de enfermagem, copa e expurgo. Além disso, o Centro Obstétrico não possui quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), a mulher ao atingir 10 centímetros de dilatação é encaminhada para o Bloco Cirúrgico. Esse Bloco conta com 02 salas para Parto Normal, sendo 01 para curetagem e 01 para realização de cirurgia cesárea, não dispõe de sala de recuperação pós-cesárea. No momento da observação da pesquisa estava com os 16 leitos ocupados, além de 15 leitos extras, caracterizados como superlotação.

Com relação à presença de dos materiais e equipamentos a dispõem de camas com grades distribuídas nas seis enfermarias do COB, cadeira de roda, aparelhos do tipo sonar para a ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs), foco de luz, fita métrica, estetoscópios, esfigmomanômetros, glicosímetro, bombas de infusão, monitores cardíacos e cardiotocógrafo. Observou-se a ausência piso antiderrapante e uma grande quantidade de obstáculos nos corredores (ex: bombas de infusão, carrinho de parada e cadeira de rodas).

Com relação às medicações disponíveis no posto de enfermagem, houve destaque para presença da ocitocina, do sulfato de magnésio (10% e 50%), antibióticos comuns utilizados na clínica obstétrica (cefalotina, ampicilina, cefazolina e gentamicina), antirretrovirais, insulina, misoprostol, nifedipina, hidralazina, metilergometrina, dexametasona. No momento da coleta de dados, estava ausente a betametasona utilizada como acelerador de maturidade pulmonar do feto, o balão de tamponamento intrauterino e o traje antichoque não-pneumático. Os indicadores de estrutura estão descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos indicadores de estrutura. Recife-PE, 2023

Categoria Profissional	Quantidade
Enfermeiro Obstetra	14
Médicos Obstetras	38
Neonatalogista	02 neonatologistas disponíveis por plantão
Técnicos de Enfermagem	35
Enfermeiro Generalista	04

Maqueiro	01
Número de leitos	
Obstetrícia	16
Neonatologia	10
Número de Nascimentos	
Junho	205
Julho	240
Agosto	251
Setembro	239
Número de Partos	
Vaginais	61
Cesárea	94
Bloco Cirúrgico/Sala de Parto	
Parto Normal	02
Curetagem	01
Cirúrgico	01
Equipamentos	
Camas com grades	16
Cadeira de roda	01
Sonar	05
Foco de luz	01
Fita Métrica	01
Estetoscópio	03
Esfigmomanômetro	07
Glicosímetro	01
Bomba de infusão	11

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

5.4 Indicadores de Processo

A média da idade gestacional das mulheres assistidas foi de 38 semanas o desvio padrão foi de $\pm 2,26$, com valor máximo de 41 semanas e mínimo de 24 semanas. Dias de

internação, a média foi de 2,43 dias com e desvio padrão de $\pm 2,52$, sendo o tempo máximo de internação de 29 dias.

Um percentual de 60,65% (n=94) das parturientes foram submetidas à cesariana e 39,35% (n=61) ao parto normal. A indicação da cesariana foi registrada em 93,6% (n=88) dos prontuários e 6,4% (n=6) não apresentava qualquer registro relacionado à indicação.

A Unidade utiliza nas cirurgias cesáreas um checklist adaptado da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, o qual tem como objetivo fortalecer as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação entre a multidisciplinar. O instrumento foi utilizado em 92,55% (n=87) das cirurgias tipo cesárea.

Sobre o cumprimento das boas práticas, foram seguidas no atendimento de 64,1% das parturientes e em 50,95% da assistência ao RN. A administração de ocitocina para a profilaxia de Hemorragia pós-parto (HPP) foi a prática mais registrada em 96,77% (n=150) dos prontuários analisados, seguida pela presença do acompanhante em 86,5% (n=134) e clampeamento Oportuno do cordão umbilical em 78,71% (n=122) (Tabela 2).

Tabela 2 – Boas Práticas Maternas e Neonatais segundo registros dos prontuários analisados. Recife-PE, 2023.

Tipo de Prática	N	%
Práticas maternas		
Ocitocina para profilaxia de HPP	150	96,77%
Presença do acompanhante	134	86,5%
Iniciou o partograma	14	9,03%
Práticas Neonatais		
Clampeamento Oportuno do cordão umbilical	122	78,71%
Vitamina K	82	52,9%
Iniciou contato pele a pele	76	49%
Recém-nascido iniciou amamentação após o parto	36	23,2%

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

5.5 Indicadores de Resultado

O quadro 3 indica que na análise dos prontuários, foram encontrados 51 eventos adversos relacionados ao cuidado materno dentre eles o mais incidentes foi a Hemorragia Pós-

Parto (n=15). De acordo com o EA considerados pela plataforma Qualiparto que estão relacionados aos indicadores propostos por Mann et al., (2006), o mais comum foi o retorno da mulher a sala de cirurgia (n=13) seguido de encaminhamento para UTI (n = 07). No período do estudo não aconteceram mortes maternas.

Quadro 3 - Presença de Complicações Obstétricas segundo registro em prontuários. Recife-PE, 2023.

Evento Adversos	Quantidade
Hemorragia Pós-Parto	15
Retorno à Sala de cirurgia	13
Transfusão sanguínea	04
Encaminhamento para UTI	7
Tocotraumatismo	04
Choque Séptico	01
Infecção Puerperal	05
Episiotomia	01
Histerectomia	01

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

A figura 1 mostra o percentual de eventos adversos com 8,1% para retorno à sala de parto ou cirurgia.

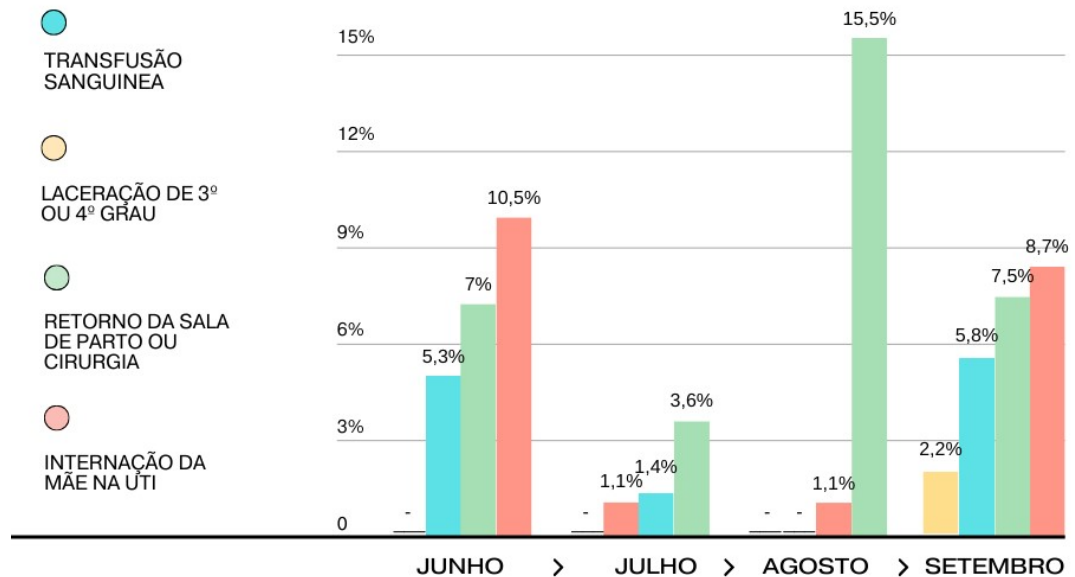
Figura 1 – Ocorrência de Eventos Adversos Maternos. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto, 2023.

Na figura 2 observa-se no mês de junho 10,5% para internações em UTI com decréscimo nos meses seguintes. O retorno a sala de cirurgia com 15,5% e 7,5% com tendência elevada para o mês de agosto e setembro, respectivamente.

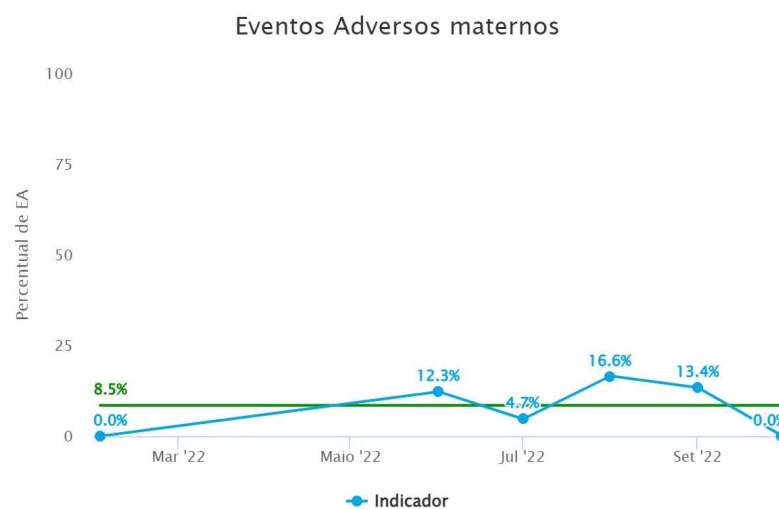
Figura 2 – Tendência de complicações e eventos adversos maternos entre os meses de junho a setembro. Recife-PE, 2023.



Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

A figura 3 mostra que houve uma maior ocorrência de EA entre os meses de agosto e setembro com 16,6% e 13,4%, respectivamente.

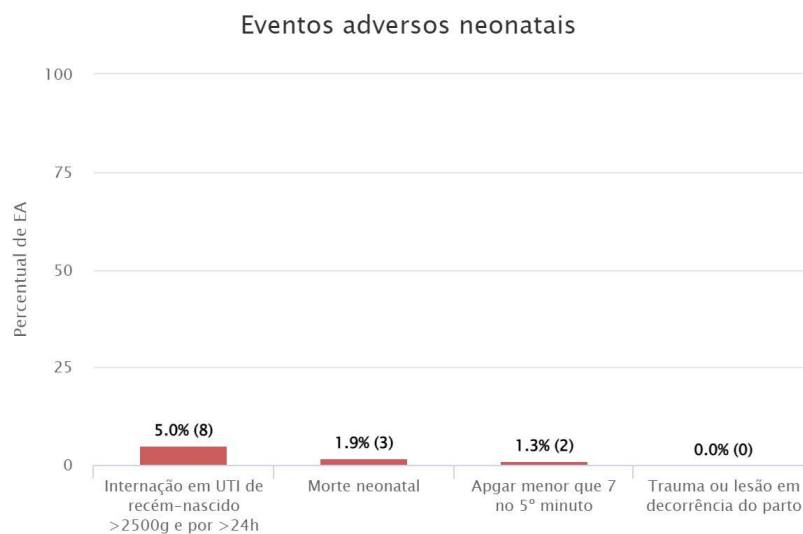
Figura 3 – Ocorrência de eventos adversos maternos por meses. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

Com relação aos eventos adversos neonatais, a internação de recém-nascido com mais de 2.500 gramas por um período superior a 24 horas teve a maior ocorrência 4,3% (n=7) seguido de morte neonatal 1,9% (n=3) (Figura 4).

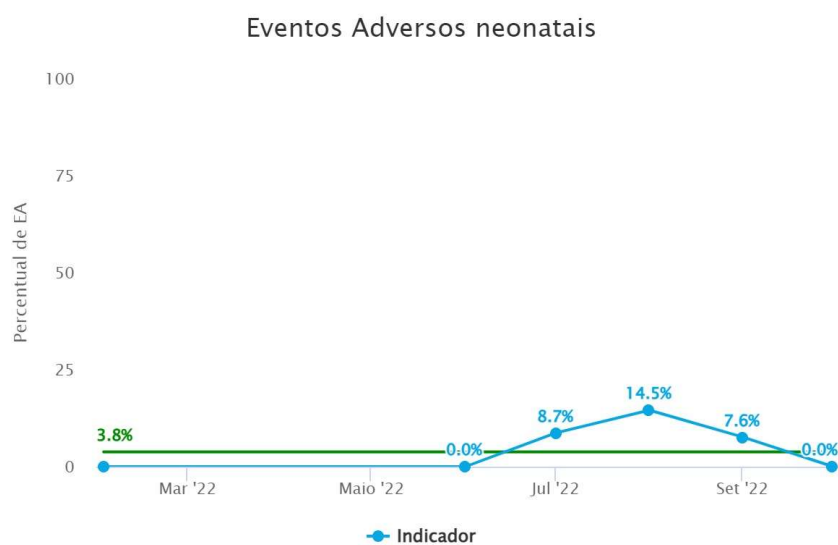
Figura 4 – Ocorrência de Eventos Adversos Neonatais. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

O maior percentual de EA neonatais ocorreu no mês de agosto (14,5%) (Figura 5).

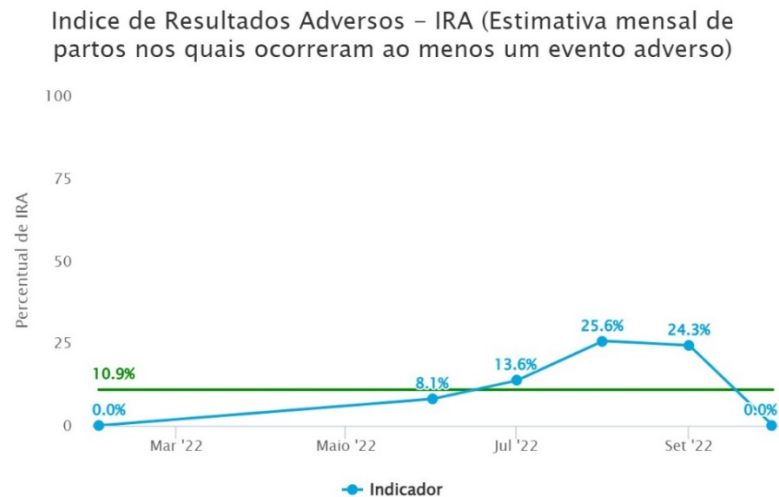
Figura 5 – Ocorrência de Eventos Adversos Neonatais por meses. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

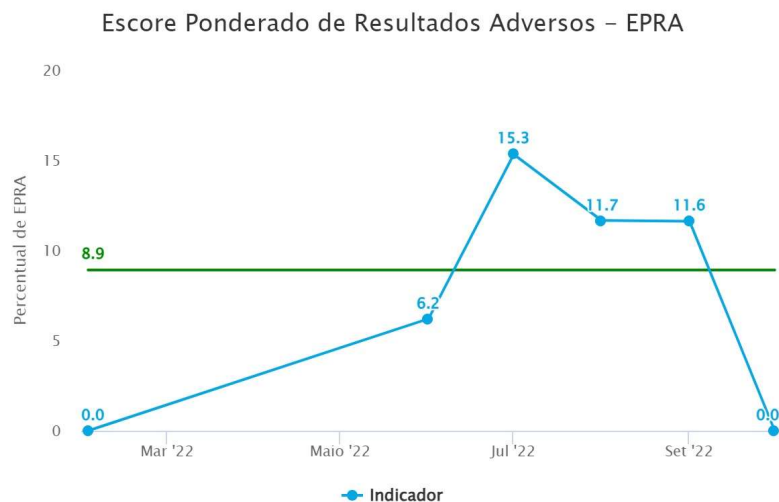
A partir da utilização da Plataforma Qualiparto considerando a mediana (10,9%), constatou-se a ocorrência de pelo menos um Evento Adverso em 25,6% dos partos que aconteceram na Instituição no mês de agosto e em 24,3% dos partos no mês de setembro (Figura 6).

Figura 6 – Gráfico *run chart* relacionado a incidência de EA em 2022. Recife-PE, 2023.



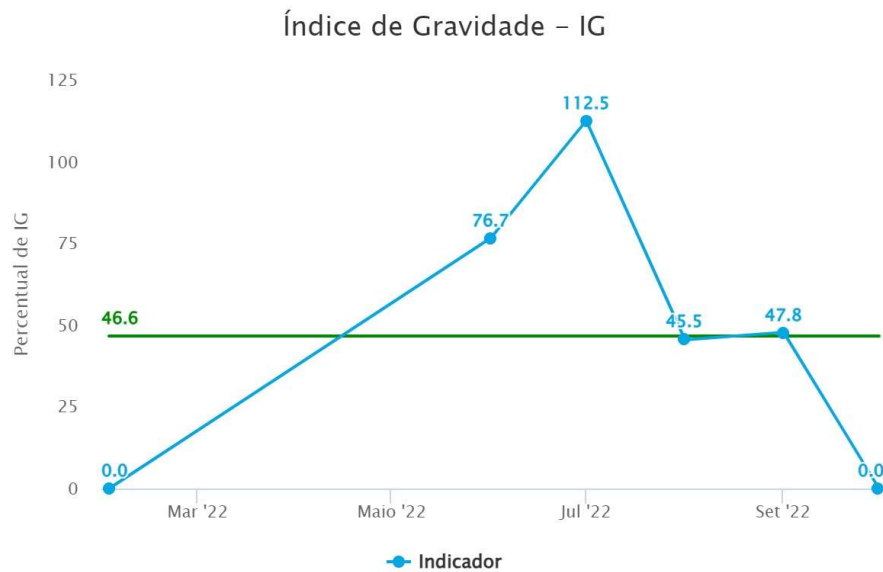
Dos partos analisados o mês de julho apresentou um maior Escore Ponderado de Resultado Adverso (EPRA), 15,3. Esse dado representa um maior número da EA graves no mês (Figura 7).

Figura 7 – Gráfico *Run Chart* relacionado ao EPRA. Recife-PE, 2023.



A Figura 8 pode-se observar um maior Índice de Gravidade (IG) nos partos realizados no mês de julho (112,5), ou seja, ocorreu um maior número de partos com eventos adversos e com maior gravidade, sendo mês de agosto com menor IG (45,5).

Figura 8 – Gráfico *Run Chart* relacionado ao IG. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

6 DISCUSSÃO

A transformação do espaço hospitalar em um ambiente acolhedor e favorável no desenvolvimento das boas práticas, permite uma experiência positiva para a mulher (PASCHER *et al.*, 2021). Os achados desta pesquisa demonstram que a Unidade não dispõe de quartos PPP, conta apenas com salas de pré-parto coletivas e sala de parto e apenas um banheiro para todas as mulheres que estão internadas, não favorecendo a privacidade e dificultando a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Estudo realizado em 575 maternidades brasileiras mostra a mesma realidade, em dois terços das unidades analisadas o parto é realizado em sala coletiva, sendo mais presente nas regiões Norte (80,6%) e Nordeste (77,7%). Os quartos PPP foram encontradas em apenas 12% dos locais avaliados (PASCHE *et al.*, 2021).

Mesmo com a implantação da Rede Cegonha através da portaria 1459 de 2011, que tem como um dos seus componentes o Parto e Nascimento e busca adequação da ambiência das maternidades de acordo com a RDC 36/2008, ainda é um desafio para as maternidades brasileiras a transformação dos tradicionais quartos de pré-parto coletivo para os espaços individualizado PPP, o qual permite a livre circulação da parturiente, garante a privacidade da mulher e do seu acompanhante, possibilita a maior adesão as boas práticas e contribui para uma experiência positiva do parto (PASCHE *et al.*, 2021).

Com relação a estrutura física da Unidade foi observado a ausência de piso antiderrapante e a presença de muitos materiais nos corredores como macas, bombas de infusão, cadeiras de rodas, esfigmomanômetro com pedestal, contribuindo para a ocorrência de queda tanto para as gestantes quanto puérperas.

Ressalta-se que as modificações ocasionadas pela gravidez aumentam o risco de queda, devido a alteração no equilíbrio corporal. No estudo realizado na Nigéria 27% das gestantes internadas sofreram um episódio de queda não intencional, dado que é comparável com o percentual de queda de pessoas com mais de 65 anos (DUNNING *et al.*, 2010).

A ANVISA (2013) buscando reduzir a ocorrência de quedas nos serviços de saúde recomenda a avaliação do risco através de uma escala específica de acordo com o perfil do paciente, ela deve ser aplicada diariamente. A Unidade de Saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, deve promover a criação de um ambiente seguro, com: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos.

A insuficiência de matérias também impacta na qualidade da assistência e na segurança, na unidade onde se desenvolveu a pesquisa alguns materiais essenciais para o

cuidado da parturiente com complicações estavam em falta. Profissionais de saúde que trabalhavam em um pronto-socorro afirmam que a insuficiência de materiais contribui para sobrecarga, pois o quantitativo insuficiente leva os profissionais a compartilharem materiais como monitor cardíaco, esfigmomanômetro (SILVA *et al.*, 2023). Na Índia a falta de insumos como lâminas de bisturi levou os profissionais a reutilizarem o material após lavagem e limpeza em solução desinfetante, expondo o paciente ao risco de contaminação (SAXENA *et al.*, 2018).

O documento da ANVISA sobre Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal, recomenda que os serviços de atenção materna e neonatal devem possuir equipamentos e materiais de acordo com sua complexidade e demanda do serviço. Ele lista os materiais necessário para a assistência ao parto normal e ao parto com distocia (ANVISA, 2014a).

Com relação ao indicador de processo observa-se maior prevalência de partos cesáreos, fato que pode estar relacionado a complexidade de atendimento na Unidade. Dentre os países da América Latina o Brasil destaca-se como a segunda maior taxa de partos cesarianos (BOERMA *et al.*, 2018). De acordo com o inquérito nascer no Brasil entre os anos de 2011-2012, dos partos realizados 52% foram por cirurgia cesárea (FIOCRUZ, 2012).

Corroborando com os achados, pesquisa realizada com os dados disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referentes ao ano de 2017 apontaram que taxas de cesarianas nesse ano foram 55,3%. As taxas de cesariana elevadas foram encontradas em todas as regiões do Brasil, sendo as regiões com maiores taxas o Sudeste, Sul e Centro-Oeste, local onde a população tem um maior poder aquisitivo (DIAS *et al.*, 2022)

Na cidade de Botucatu em São Paulo, foi realizado um estudo de coorte com uma população de 591 mães RN até completar um ano. Ele permitiu identificar os desfechos perinatais relacionados a cesariana, dentre eles, estava a menor adesão as boas práticas, RN nascido por essa via de parto tiveram 13 vezes menos chances de realizar o contato pele a pele, interferindo também no início da amamentação, pois houve a separação precoce do binômio. Outro dado relevante foi que, esses neonatos tiveram duas vezes mais chance de serem admitidos em UTI (FERRARI *et al.*, 2020).

Segundo a OMS (2015) a taxa ideal de cesárea seria de 10 a 15%, quando realizada por motivos médicos pode trazer benefícios na redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Porém, não há evidências do seu benefício em mulheres sem indicação clínica. Além disso, o procedimento pode acarretar um maior número de desfechos negativos imediatos e a longo prazo (OMS, 2015).

A incorporação das boas práticas no parto e nascimento contribuem para a redução de intervenções desnecessária e para redução da morbimortalidade materna e neonatal. O não cumprimento dessas recomendações configura negligência e iatrogenia (PEREIRA *et al.*, 2018). Dentre as boas práticas recomendadas pelo OMS destaca-se a utilização do partograma, presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, contato pele a pele e amamentação na primeira hora (OMS, 1996).

No presente estudo observou-se que ainda é baixa o cumprimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, dentre as mais executadas destaca-se a administração de ocitocina na primeira hora pós parto, presença do acompanhante e o clampeamento oportuno do cordão umbilical e a menos praticada foi a utilização do partograma.

Estudo realizado em Centro de Parto Normal (CPN) do Rio de Janeiro onde os partos são realizados por enfermeiras obstetras, o acompanhante esteve presente em 98,9% dos partos, o partograma foi utilizado 99,9% dos partos, garantindo maior segurança, por proporcionar o monitoramento da evolução do trabalho de parto (TP), e a ocitocina profilática foi administrada em 94,1% das parturientes (MEDINA *et al.*, 2023).

Os partos conduzidos por essas profissionais apresentam menor chance de intervenções, maior satisfação da mulher com o cuidado recebido, menor ocorrência de EA para o binômio. Nos ambientes hospitalares há maior probabilidade da realização da cirurgia cesárea, maior risco de trauma perineal grave e mais mulheres evoluem com hemorragia após o parto (MEDINA *et al.*, 2023a).

O partograma é uma ferramenta importante para o monitoramento da evolução do trabalho, pois auxilia os profissionais no diagnóstico precoce de situações de risco para a mãe e o feto. Seu uso pode reduzir a ocorrência de infecções, hipóxia e trauma do recém-nascido, além de contribuir com a redução da mortalidade materna e neonatal (MEDEIROS *et al.*, 2020).

O indicador de resultados é fundamental para a melhoria da qualidade, pois através dele é possível conhecer os aspectos que precisam ser melhorados para garantir uma assistência segura ao paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2008). No presente estudo a frequência dos EA foi baixa, porém apresentaram alto poder de gravidade com 7,1% (n=12) das puérperas retornando à sala de cirurgia e 4,2% (n=7) encaminhadas a UTI.

Resultado semelhante foi observado em estudo realizado em uma maternidade de alto risco em Corrientes, das 1914 parturientes atendidas, 42 apresentaram EA, desses 19 foram classificados como graves, contribuindo para o aumento do tempo de internação e maiores

custos com tratamento. Metade desses EA ocorreram no período do puerpério e foram atribuídos a hemorragia pós-parto, reintervenções e readmissões (MORALES *et al.*, 2020).

Hospital no Rio de Janeiro com perfil semelhante ao do estudo, afirma que a taxa elevada de cesárea estava relacionada as desordens das pacientes admitidas, como: ao perfil das pacientes admitidas síndromes hipertensivas, intercorrências no trabalho de parto e sofrimento fetal agudo, o que tem correlação com os EA. Os procedimentos cirúrgicos em obstetrícia favorecem a infecção pós-parto, infecção de ferida operatória, necessidade de internação em UTI, hemorragias e hemotransfusão (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Contribuindo com o achado, pesquisa realizada em duas maternidades de Maceió, aponta 43% dos EA ocorridos levaram a mulher a ser admitida em UTI, a receber hemotransfusão e a retorna à sala de cirurgia, fato que pode estar relacionado com a correção de algum incidente ocorrido durante a assistência a mulher. Esses desfechos podem ser influenciados pela complexidade do caso, assim como pelas dificuldades operacionais e assistenciais enfrentadas durante o manejo do parto e nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Com relação ao Índice de Resultado Adversos (IRA) o mês de agosto, no referido hospital pesquisado, apresentou pelo menos um evento adverso em 25,6% dos partos ocorridos no período. O mês de julho apresentou os eventos adversos mais graves, porém não foi possível determinar o fator que favoreceu para a ocorrência desses eventos de maior gravidade.

Estudo realizado em maternidade de alto risco em Alagoas que avalia o índice de resultados adversos observou-se uma frequência de EA de 21%, EPRA de 8,11 e IG de 38,56. Esses eventos estiveram mais presentes nas mulheres na faixa etária adulta jovem (19-34 anos), pardas, sem companheiros, com atividade remunerada e menor escolaridade. A maior ocorrência de desfechos desfavoráveis neste público está relacionada a questões de acesso aos serviços de saúde e renda, o que repercute no perfil de morbimortalidade materna e neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A notificação dos EA é obrigatória para todos os profissionais de saúde, e cabe a gestão hospitalar sensibilizar os profissionais sobre a importância dessa prática para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente (FRANCHI *et al.*, 2020). Estudo realizado em maternidades da Noruega aponta que menos de 10% dos EA são notificadas as autoridades competentes, fator que interfere de forma negativa no planejamento de ações relacionadas a gestão de risco e na prevenção de lesões futuras (JOHANSEN *et al.*, 2021).

No intuito de reduzir a ocorrência de EA relacionados a assistência obstétrica a OMS elaborou o *Safe Childbirth Checklist (SCC)*. Ele é uma ferramenta simples, mas eficaz que

auxilia na execução dos processos de trabalho e favorece uma melhor comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado (OMS, 2015). Apresenta 29 itens que se relacionam com o manejo das principais causas de óbitos maternos, tais como hemorragia, hipertensão, infecções e complicações maternas e neonatais relacionadas com o parto e pós-parto (OMS, 2015). O Hospital onde o estudo foi realizado não utiliza o SCC, fator que pode contribuir para menor adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

É necessário que os gestores e profissionais de saúde que trabalham diretamente no cuidado dessas mulheres e RN sejam sensibilizados sobre a importância desse instrumento na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Além de melhorar a comunicação, relação interprofissional e direcionar as condutas da equipe, tendo em vista que apresenta informações fundamentais para um cuidado seguro (CUSTÓDIO *et al.*, 2021).

A utilização da tríade de Donabedian, nesse estudo, permitiu uma análise dos três componentes fundamentais de Estrutura, Processo e Resultados. A partir dos resultados desses indicadores é possível traçar planos de melhoria da qualidade.

As limitações desse estudo estão associadas à baixa qualidade dos registros dos prontuários, o que contribui para a omissão de informações e a ausência de dados. Os resultados desse estudo não podem ser generalizados para outras instituições, pois são dados que retratam a realidade local. Esse estudo serve como incentivo para a realização de mais pesquisa com foco na melhoria da qualidade e segurança da assistência obstétrica e neonatal a partir da utilização de indicadores para avaliação do cuidado.

7 CONCLUSÃO

A análise dos indicadores de qualidade com base na tríade estrutura, processo e resultado, evidenciou que o Centro Obstétrico da instituição em estudo apresentou indicadores que podem interferir na qualidade da assistência ao parto e ao nascimento, com potencial risco para aumento da ocorrência de eventos adversos e desfechos desfavoráveis na assistência obstétrica e neonatal.

Com relação aos indicadores de estrutura foi observado inadequações na infraestrutura, insuficiência de medicamentos e equipamentos utilizados no manejo da emergência obstétrica e neonatal. Destaca-se também ausência de UTI especializada no cuidado obstétrico. Os indicadores de processo, dentre as práticas analisadas a menos executada foi a utilização do partograma, e amamentação após o parto.

A presença de eventos adversos maternos foram retorno à sala de cirurgia e internação em UTI, com relação ao recém-nascido (RN), a internação de RN com mais de 2.500 gramas em UTI por um período superior que 24 horas e a morte neonatal. O mês de setembro foi o de maior ocorrência de eventos adversos e o mês com julho apresentou o maior número de partos com eventos adversos graves.

Baseado na análise dos dados recomenda-se estabelecer um planejamento de intervenções com foco na melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Propõem-se que sejam adotados ciclos de monitoramentos e a utilização do *Safe Childbirth Checklist (SCC)*, pois através deles é possível compreender as variações nos processos assistenciais e intervir de forma mais efetiva nos indicadores de qualidade e na ocorrência de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

ABAWOLLO, H. S. *et al.* Implementing a modified World Health Organization safe childbirth checklist in health centers of Ethiopia: a pre and post intervention study. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 21, n. 77, p. 2-7, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03565-3>. Acesso em: 2 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/@@download/file/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, DF: Anvisa, 2012. Disponível em: [https://www.pncq.org.br/uploads/2018/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_2012_\(1\).pdf](https://www.pncq.org.br/uploads/2018/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_2012_(1).pdf). Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: Anvisa, 2014a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Investigação de Eventos Adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/5-investigacao_de_eventos-em-servicos-de-saude.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

AKBARI, N. *et al.* Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. **Pan Afr. Med. J.**, [s.l.], v. 27, p. 268, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660331/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

AQUINO, A.G. *et al.* Medicalização da assistência ao parto normal: Perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, v.44, p.01-17, 2023. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682023000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 14 fev. 2024.

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 360–366, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYS9whxjSsm/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801–821, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, p. 1341–8, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322584/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?**. Brasília: Anvisa, 2017a.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr 2005: Seção 1: 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 569, de 1o de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Balança das ações. 20ª ed. Brasília. MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 2/2021**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms--0021464579--nota--tecnica-gestantes.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 53, n. 20, maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 2 dez. 2022.

CALDANA, G. *et al.* Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4185>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CARVALHO, Isis Cristiane Bezerra de Melo *et al.* Adaptation and validation of the World Health Organization's on Safe Childbirth Checklist for the Brazilian context. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 2, p. 401-418, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>. Acesso em: 2 out. 2022.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e190211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Acesso em: 14 fev. 2024.

CLARK, R. R. S.; LAKE, E. T. Association of Clinical Nursing Work Environment with Quality and Safety in Maternity Care in the United States. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 265-270, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584907/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CONDELES, P. C. *et al.* Fatores associados à procura por atendimento entre gestantes e puérperas com COVID-19. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/65662/42918>. Acesso em: 4 dez. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 4 dez. 2022.

COSTA, A. R. C.; IMOTO, A. M.; GOTTEMS, L. B. D. Videocase sobre a lista de verificação do parto seguro: sensibilização dos profissionais da saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 5, p. 13-19, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2355/627>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CUSTÓDIO, R. J. M. *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74752/pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.

6, e00073621. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttNQ6n3hg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttNQ6n3hg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DORIA, S. *et al.* Mothers' experiences of quality of care and potential benefits of implementing the WHO safe childbirth checklist: a case study of Aceh Indonesia. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 19, n. 461, 2019. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2625-8>. Acesso em: 3 out. 2022.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2022.

DUNNING, K.; LEMASTERS, G.; BHATTACHARYA, A. A major public health issue: the high incidence of falls during pregnancy. **Matern Child Health J**, v. 14, p. 720-5, 2010.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19672702/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

EDERER, C. *et al.* Midwives' perception of patient safety culture-A qualitative study. **Midwifery**, [s.l.], v. 71, p. 33-41, 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30641439/>. Acesso em: 3 out. 2022.

ESSWEIN, G. C. *et al.* Atenção à Saúde do bebê na Rede Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, e310311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310311>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 02, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>. Acesso em: 01 fev. 2020.

ETCHELLS, E.; HO, M.; SHOJANIA, K. G. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. **BMJ Qual Saf**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 202-206, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26717989/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

FÉLIX, H. C. R. *et al.* The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?lang=en>. Acesso em: 30 nov. 2022.

- FERRARI, A. P. *et al.* Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879–888, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/GDFLb8rFvqSSBpHdDhcDwbq/>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- FIGUEIREDO, K. N. R. S. *et al.* Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2303-2315, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15962021>. Acesso em: 3 dez. 2022.
- FINEOUT-OVERHOLT, E. *et al.* Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. **Am. J. Nurs.**, [s.l.], v. 110, n. 7, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20574204/>. Acesso em: 3 dez. 2022.
- FIOCRUZ. **Nascer no Brasil – Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)**. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 14 fev. 2024.
- FOGLIA, L. M. *et al.* Accuracy of the Adverse Outcome Index: An Obstetrical Quality Measure. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, v. 41, n. 8, p. 370-7, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215526/>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med.**, [s.l.], v. 23, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.
- FRANCHI, J. V. DE O. *et al.* Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3292, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPbnFcmHR8qWRjYbypzktK/>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- FREITAS, G. L. de. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 11, n. 2, 2017. DOI: 10.5216/ree.v11.47053. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada em evidências: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/3975/3223>. Acesso em: 4 dez. 2022.
- GAMA, S. G. N. *et al.* Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- GAMA, Z. A. S. *et al.* AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>. Acesso em: 3 out. 2022.

GOUVÊA, C. S. D. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061–1078, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5nmQqzfNLg6HfwNJLpvh7rp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

JOHANSEN, L. T. *et al.* Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. **BMC Health Serv Res.**, v. 21, n. 1, p. 931, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34493278/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

LOPES, K. B. *et al.* Elaboração e validação de panfleto educativo sobre violência obstétrica para gestantes e puérperas. **CuidArte, Enferm.**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 214-222, jul./dez. 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.214-222.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2022.

LUZIA, M. F. *et al.* Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03308, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LPBtt7dsSktVXzmX8vgRk8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MADZIMBAMUTO, F. D. *et al.* A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 14, n. 231, 2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-231>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MANN, S. *et al.* Assessing quality in obstetrical care: development of standardized measures. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 32, n. 9, p. 497-505, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17987873/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 441–445, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nnFxCQRBL77dyycPmmBSynP/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARTIJN, L. *et al.* Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 13, n. 219, 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-219>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 677-683, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/?lang=en>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MEDINA, E. T. *et al.* Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. e00160822, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/fzPT9ZS4btXFHmKnmTr8bFb/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MEDEIROS, A. B. *et al.* Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*. 2020; 11(3): e1046. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>

MEDINA, E. T. *et al.* O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2065–2074, jul. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ySFKxh3xRJtdtgnJgJ3ZGG/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MOLINA, R. L. *et al.* Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. **Int J Gynaecol Obstet.**, [s.l.], v. 145, n. 1, p. 101-109, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702140/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MOREALES, E. M. *et al.* Identificación y análisis de eventos adversos ocurridos durante la atención de embarazadas en un hospital de nivel IIIB. **Rev. argent. salud publica**, v.12, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118880>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MUDHUNE, S. *et al.* Improving the quality of childbirth services in Zambia through introduction of the Safe Childbirth Checklist and systems-focused mentorship. **PLoS One**, [s.l.], v. 15, n. 12, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244310>. Acesso em: 4 dez. 2022.

NADABI, W. A.; FAISAL, M., MOHAMMED, M. A. Patient safety culture in Oman: a national study. **J Eval Clin Pract.**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 1406-1415, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749203/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

NASCIMENTO, C. C. P. *et al.* Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 746–751, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PHjsPjhsFLSfwW6xJFY8bVM/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

NASCIMENTO, D. E. M. *et al.* Vivências sobre violência obstétrica: boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 291, p. 8242–8253, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8242-825>. Acesso em: 4 dez. 2022.

OLIVEIRA, Thais da Costa *et al.* Adverse outcomes of childbirth in high-risk maternity hospitals. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2020, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vz6tHPPmjKyxzBs8WmwCPfs/?lang=en>. Acesso em: 3 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=4EDA51B15741AFCB90F44F658EC519C4?sequence=3. Acesso em: 14 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 3 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4. ed. São Paulo: EDUSP, 1998. v. 2.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/OMS apresenta iniciativa para reduzir erros de medicação. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-8-2021-opasoms-apresenta-iniciativa-para-reduzir-erros-medicacao>. Acesso em: 14 fev. 2024.

PATABENDIGE, M.; SENANAYAKE, H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 15, n. 12, 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0436-0>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PEDRONI, V. S. *et al.* Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>. Acesso em: 4 out. 2022.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?lang=en>. Acesso em: 4 out. 2022.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1313–1319, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**.

Recife: A Secretaria, 2021. Disponível em:
https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024

PERNAMBUCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Recife: A Secretaria, 2022. Disponível em:
https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024

PINHEIRO, S. J. *et al.* Conceptions of health education practices in the context of Nursing Education. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 545-552, jul./ago. 2016. Disponível em:
<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4956/3657>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PINTO, V. R. S.; FERREIRA, S. C. M. Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study. **Online braz j nurs**, v.16, n. 1, p. 140-151, 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5481>. Acesso em: 14 fev. 2024.

QUALIPARTO, 2020. Disponível em: <http://qualiparto.ccs.ufrn.br/sobre>. Acesso em: 06 fev. 2024.

RODRIGUES, G. T. *et al.* Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/87PT7TjHdqWGkWHzxK8F8Zv/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

RÖNNERHAG, M. *et al.* Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. **Nurs Health Sci.**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 331-337, 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30133927/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. *et al.* Construction and pilot test of a set of indicators to assess the implementation and effectiveness of the who safe childbirth checklist. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 154, 2018. Disponível em:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1797-y>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. **Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud**. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
 SAXENA, M. *et al.* Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. **PLoS One**, [s.l.], v. 13, n. 9, 2018. Disponível em:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204607>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0178>. Acesso em: 30 set. 2022.

SETIA, M. S. Methodology series module 3: cross-sectional studies. **Indian Journal of Dermatology**, [s.l.], v. 61, n. 3, p. 261-264, 2016. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27293245/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SILVA, F. P. *et al.* Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00952, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ht4XG3FCYGd5rVddPSW6cBJ/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SILVA, L. C. *et al.* Dimensionamento de pessoal e sua interferência na qualidade do cuidado. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 2, p. 491-498, fev. 2019b. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236551/31368>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SILVA, N. M. da *et al.* Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Cienc. Med. Biol.**, Salvador, v. 21, n. 2, p. 203-210, maio-ago, 2022.

SILVA, S. C. *et al.* Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SyJDqBZnM7NM33nnZMWxxRh/?lang=en>. Acesso em: 23 nov. 2022.

SILVA, W. C. *et al.* Análise e ocorrência de incidentes no âmbito hospitalar de uma maternidade pública. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, São Paulo, v. 34, 2019a. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1445/822>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SOUSA, K. M. **Qualidade da atenção obstétrica e neonatal: boas práticas, eventos adversos e efeitos do checklist para parto seguro da OMS.** 2020. 312 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29054>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUSA, K. M. *et al.* Multicentre cross-sectional study on adverse events and good practices in maternity wards in Brazil and Mexico: same problems, different magnitude. **BMJ open**, [s.l.], v. 9, n. 12, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e030944>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUZA, E. L. *et al.* Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 101, n. 5, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/172947>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2022.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. **Rev. Enferm.**, [s.l.], v. 86, n. 24, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/84>. Acesso em: 4 dez. 2022.

TEODORO, M. S. *et al.* Condicionantes e características da mortalidade materna no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7050.2021>. Acesso em: 01 fev. 2023.

THE JAMOVİ PROJECT. Jamovi (version 2.3). **Computer Software**. Disponível em: <https://www.jamovi.org/>. Acesso em: 17 out. 2023.

TINTORI, J. A. *et al.* Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>. Acesso em: 4 out. 2022.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann. Intern. Med.**, [s.l.], v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 4 out. 2022.

TUNÇALP, Ö. *et al.* Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. **BJOG**, [s.l.], v. 122, n. 8, p. 1045-1049, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25929823/>. Acesso em: 4 out. 2022.

ÜNVER, G. T.; SEREN, A. K. H. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. **J Nurs Manag.**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 579-586, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484755/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

VANDENBROUCKE, J. P. *et al.* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **Epidemiology**, [s.l.], v. 18, n. 6, p. 805-835, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049195/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, [s.l.], v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy**: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 16 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety Partnership for Safer Health Care**. 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf. Acesso em: 02 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on caesarean section rates.** Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities.** Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>. Acesso em: 3 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Childbirth Checklist.** Geneva: 2015c. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en/>. Acesso em: 06 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 06 fev. 2024.

YANG, H. *et al.* Fall risk management in interventional prenatal diagnosis perioperative pregnant women based on tracking methodology and failure mode and effect analysis application. **Medicine (Baltimore)**, v. 102, n. 44, e35477, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37933047/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O PARTO SEGURO

1/4 - Lista de Verificação para o Parto Seguro



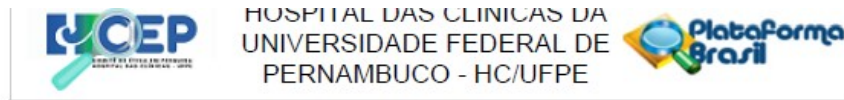
1. No momento da admissão	MÃE
Nome da Parturiente: _____ Data de Nascimento da Gestante: ____/____/____ Nº do Prontuário: _____ A mulher levou o cartão do pré-natal? ☐ Não, classificar o risco ☐ Sim A parturiente necessita ser referenciada para outro hospital? ☐ Não ☐ Sim, providenciado Iniciou o partograma? ☐ Não, iniciará quando a dilatação for ≥ 4 cm ☐ Sim A parturiente necessita receber.... Antibióticos? ☐ Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial ☐ Não ☐ Sim, administrado Anti-hipertensivo? ☐ Não ☐ Sim, administrado	Sulfato de Magnésio? ☐ Não ☐ Sim, administrado Antirretrovirais? ☐ Não, exame negativo ☐ Sim, administrado Há disponibilidade de material para higienizar as mãos e luvas para cada exame vaginal? ☐ Não ☐ Sim Foi estimulada a presença de um acompanhante durante o parto? ☐ Não ☐ Sim A parturiente ou o acompanhante foram orientados quanto aos sinais de alerta para pedir ajuda, se necessário? ☐ Não ☐ Sim
Revisar: grupo sanguíneo e fator RH, Hemograma, HIV, VDRL, Urina, Ultrassonografia, IGM para toxoplasmose e Hepatite B Resultados importantes: _____ Verifique os critérios da sua instituição Iniciar o registro quando o colo do útero estiver ≥ 4 cm. A partir de então o colo deve dilatar ≥ 1 cm/h em média. - Registrar as contrações, frequência cardíaca da mãe e do feto a cada 30 minutos. - Registrar a temperatura a cada seis horas. - Registrar pressão arterial a cada quatro horas ou a cada 2 horas se em uso de Sulfato de Magnésio Considerar a administração de antibiótico na presença do sinal abaixo ou outros motivos: ☐ Ruptura das membranas >18 horas ☐ Outro motivo: _____ Nome do anti-hipertensivo: _____	Administrar Sulfato de Magnésio à parturiente se: - Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica - PAD ≥ 110mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência - Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito - Náuseas e vômitos - Reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção) Administrar antirretroviral se soropositividade confirmada. ☐ Água ☐ Sabão ☐ Papel toalha ☐ Solução alcoólica ☐ Luvas Sinais de alerta para pedir ajuda: - Sangramento - Forte dor abdominal - Forte dor de cabeça ou alterações visuais - Incapacidade de urinar - Sensação de urgência de parir - Diminuição dos movimentos fetais
Preenchido por: Nome: _____ Cargo/Função: _____	

2. Imediatamente antes da expulsão (ou cesariana) MAE		RECEM-NASCIDO	
A parturiente apresenta indicação de cesárea? ☐ Não ☐ Sim	Marque a indicação de cesárea: ☐ 2 cesáreas prévias ☐ Situação transversa ☐ Cardiopatia classe III e IV ☐ Hidrocefalia fetal ☐ Tumor que obstrua o canal de parto ☐ Desprendimento prematuro da placenta normoinserida ☐ Trabalho de parto por mais de 24 horas ☐ Placenta prévia total ☐ Desproporção céfalo-pélvica ☐ Apresentação anômala ☐ Herpes genital ativo ☐ HIV positivo, exceto comprovada baixa carga viral ☐ Outra: _____	Identificou e informou um segundo profissional para auxiliar o parto, caso necessário? ☐ Não ☐ Sim Nome: _____	
A parturiente apresenta indicação de episiotomia? ☐ Não ☐ Sim	Motivo: _____	Está presente algum profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal (máximo 2 anos)? ☐ Não ☐ Sim Nome: _____	
A parturiente necessita receber.... Antibióticos? ☐ Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial ☐ Não ☐ Sim, administrado Anti-hipertensivo? ☐ Não ☐ Sim, administrado Sulfato de Magnésio? ☐ Não ☐ Sim, administrado		Marque o material essencial que está disponível próximo da cama: PARA ASPIRAÇÃO ☐ Sondas traqueais Nº 6,8 e 10 e gástricas curtas Nº 6 e 8 ☐ Dispositivo para aspiração de mecônio ☐ Aspirador a vácuo com manômetro PARA VENTILAÇÃO ☐ Reanimador manual neonatal/Balão auto-inflável ☐ Máscaras de ventilação 00, 0 e 1 ☐ Oxímetro de pulso PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ Laringoscópio com lâmina reta Nº 00, 0 e 1 ☐ Cânulas de intubação traqueal Nº 2,5/3/3,5/4	
Considerar a administração de antibiótico se: ☐ Ruptura das membranas >18 horas ☐ Outro motivo: _____ Nome do anti-hipertensivo: _____ Administrar à parturiente Sulfato de Magnésio se: • Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica • PAD ≥110mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência • Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito • Náuseas e vômitos • Reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção)		MEDICAMENTOS ☐ Adrenalina ☐ Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) PARA CATETERISMO UMBILICAL ☐ Campos estéreis ☐ Sonda traqueal Nº 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F OUTROS ☐ Luvas e óculos ☐ Lâmina estéril para cortar o cordão umbilical ☐ Clampe para cordão umbilical ☐ Fontes de oxigênio/ar comprimido ☐ Fonte de calor radiante ☐ Relógio de parede	
O material essencial para o parto está disponível próximo da cama? ☐ Luvas ☐ Solução alcoólica ou sabão e água ☐ Ocitocina – 10 unidades ☐ 2 pinças Kelly Cuidados imediatos após o nascimento: • Verificar presença de segundo bebê • Administrar ocitocina intramuscular no primeiro minuto após o parto • Expulsão da placenta antes de 30 minutos • Massagem do útero após expulsão da placenta • Confirmar que o útero está contraído		Preenchido por: Nome: _____ Cargo/Função: _____	

3. Logo após o nascimento MÃE		RECÉM-NASCIDO	
A puérpera está sangrando além do esperado? ☐ Não ☐ Sim	Se está sangrando além do esperado: • Massagem do útero • Considerar uterotônico adicional • Iniciar via intravenosa • Misoprostol retal • Ativar equipe de resposta rápida para emergência • Tratar a causa: atonia uterina, retenção da placenta/fragmentos, lacerações vaginais, ruptura uterina	O recém-nascido necessita... Ser referenciado para outro hospital? ☐ Não ☐ Sim, providenciado Iniciar tratamento com antibiótico? ☐ Não ☐ Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial ☐ Sim, administrado Cuidado especial ou vigilância? ☐ Não ☐ Sim, providenciado Iniciar terapia antirretroviral? ☐ Não ☐ Sim, administrado	
A puérpera necessita receber... Antibiótico? ☐ Não ☐ Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial ☐ Sim, administrado Anti-hipertensivo? ☐ Não ☐ Sim, administrado Sulfato de magnésio? ☐ Não ☐ Sim, administrado	Considerar a administração de antibiótico se: ☐ Parto muito manipulado ☐ Fórceps ☐ Cesárea ☐ Outro motivo: _____ Nome do anti-hipertensivo: _____ Administrar Sulfato de Magnésio se: • Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica • PAD ≥110mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência • Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito • Náuseas e vômitos • Reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção)	Verifique os critérios da sua instituição Marque se o bebê apresenta algum desses sintomas e necessidade de reavaliação clínica e/ou laboratorial: ☐ Respiração rápida (>60/min) ou lenta (<30/min) ☐ Tiragem intercostal, ruídos respiratórios ou convulsões ☐ Pouca mobilidade ou nula, mesmo quando estimulado ☐ Temperatura <35°C (não aumentando após ser aquecido) ou temperatura >36°C ☐ Ruptura das membranas >18 horas ☐ Outro: _____ Marque ou descreva o motivo: ☐ Prematuridade ☐ Peso ao nascer <2500 g ☐ Precisa de antibiótico ☐ Precisa de reanimação ☐ Outro: _____ Se a mãe tiver HIV+, iniciar a profilaxia nas primeiras 4 horas após o nascimento Orientou a puérpera e o acompanhante a pedir ajuda caso existam sinais de alerta? ☐ Não ☐ Sim Sinais de alerta: • Ictericia • Respiração rápida ou dificuldade de respirar • Frio extremo • Cianose ou palidez • Febre • Interrupção da alimentação • Menos atividade que o normal	
Clampeou o cordão de 1 a 3 minutos? ☐ Não. Motivo: _____ ☐ Sim Realizou contato pele a pele? ☐ Não. Motivo: _____ ☐ Sim Iniciou amamentação na primeira hora? ☐ Não. Motivo: _____ ☐ Sim Administrou vitamina K? ☐ Não ☐ Sim Identificou o RN com pulseira? ☐ Não ☐ Sim		Preenchido por: Nome: _____ Cargo/Função: _____	

4. Antes da alta	MÃE	RECÉM-NASCIDO
O sangramento da puerpéra está controlado? ☐ Não, tratar e adiar alta ☐ Sim	Se está sangrando além do esperado: • Massagear o útero • Considerar uterotônico adicional • Iniciar via intravenosa • Tratar a causa: atonia uterina, retenção da placenta/fragmentos, lacerações vaginais, ruptura uterina	Se o recém-nascido fazia uso de antibiótico, o tratamento foi finalizado? ☐ Não ☐ Não se aplica ☐ Sim
A puerpéra necessita receber... Antibiótico? ☐ Não ☐ Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial ☐ Sim, administrado	Considerar a administração de antibiótico se: ☐ Suspeita de endometrite ☐ Outro motivo: _____	O recém-nascido está mamando bem? ☐ Não, orientar as boas práticas de amamentação e adiar alta ☐ Sim
A puerpéra foi orientada sobre a necessidade de seu acompanhamento após alta e sinais de alerta para pedir ajuda? ☐ Não ☐ Sim	Se a mãe tiver HIV+, a mãe e o recém-nascido receberam suficiente antirretrovirais para o período de seis semanas? ☐ Não ☐ Sim, para a mãe ☐ Não se aplica ☐ Sim, para o bebê ☐ Sim, para a mãe e o bebê	Orientou a mãe sobre o acompanhamento do bebê após alta e os sinais de alerta para pedir ajuda? ☐ Não ☐ Sim
Sinais de Alerta da Mãe		
• Hemorragia • Dor de cabeça • Alteração do estado de consciência • Dor abdominal intensa	• Alterações visuais • Dificuldade respiratória • Dificuldade para esvaziar a bexiga • Febre ou calafrios	Sinais de Alerta do Bebê • Febre • Respiração rápida ou dificuldade de respirar • Frio extremo • Não urina ou não evacua • Interrupção da alimentação correta • Crises convulsivas • Menos atividade que o normal • Icterícia • Regurgitação por via oral ou vômitos • Cordão enrijecido, supurativo e com mau odor • Cianose
O RN apresenta icterícia? ☐ Não ☐ Sim (Voltar para reavaliação com 48 horas ou adiar alta)		
Realizou exame para o grupo sanguíneo e fator RH? ☐ Não ☐ Sim		
Realizou: Vacina BCG? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Vacina Hepatite B? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Teste do Pezinho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Teste da Orelhinha? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Teste do Olhinho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Teste da Linguinha? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado Teste do Coraçãozinho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Encaminhado		
Preenchido por: _____ Nome: _____ Cargo/Função: _____	Preenchido por: _____ Nome: _____ Cargo/Função: _____	

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DA PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Pesquisador: BRUNA NUNES COSTA LIMA ROSADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67736823.6.3001.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.102.124

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção da qualificação.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários de Enfermagem.

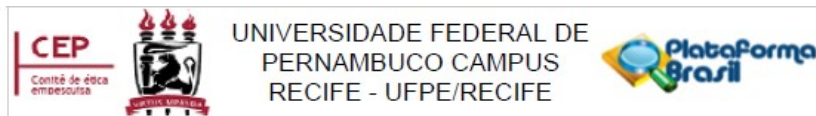
Orientadora: Profa Dra Sheyla Costa de Oliveira

Será uma pesquisa observacional, descritiva, analítica e retrospectiva, a partir de dados primários (utilizando-se as plataformas LiLACS, BVS, Medline, PubMed, Web of Science via Clarivate Analytics, EMBASE via Elsevier, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature via EBSCO) na qual ocorrerá a análises dos indicadores da qualidade na assistência obstétrica e segurança do paciente, segundo a ocorrência de eventos adversos e adesão às boas práticas para o parto seguro e fundamentados nos dados secundários revisados em 120 prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos;

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DA PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Pesquisador: BRUNA NUNES COSTA LIMA ROSADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67736823.6.0000.5208

Instituição Proponente: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.987.084

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção da qualificação.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários de Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Sheyla Costa de Oliveira

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva, analítica e retrospectiva, na qual ocorrerá a análises dos indicadores da qualidade na assistência obstétrica e segurança do paciente, segundo a ocorrência de eventos adversos e adesão às boas práticas para o parto seguro, fundamentados na revisão de prontuário.

Serão consultados 120 prontuários de mulheres e recém-nascidos assistidos no ciclo gravídico puerperal.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo geral**

Analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INDICADOR DE ESTRUTURA

N º	PERGUNTAS	COD.
Infraestrutura		
1	O piso da Unidade é antiderrapante: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PISO_
2	Corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos): 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quais Obstáculos: _____ ____	CORR_
3	Quantidade de leitos do Centro Obstétrico: Observações: _____	QUANT_COB
4	Leitos Obstétricos em UTI: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quantidades de Leitos Obstétricos na UTI: ____	LEIT_OBS_UTI
5	As camas hospitalares ou camas pré-parto, parto e pós-parto são reguláveis: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
6	Presença de grades nas camas: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	GRAD_CAM
7	Presença de grades nas macas: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	GRAD_MAC

	A unidade dispõe de cadeira de rodas: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
8	Presença de relógio de parede funcionando com marcados de segundos: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Qual Local:	RELOG_PARED
9	Presença de Amnioscópio: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PRES_AMNI
10	A unidade dispõe de sonar: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quantos: _____	UNI_SON
11	Dispõe de foco de luz: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Qual local:	FOC_LUZ
12	Presença de estetoscópio e esfigmomanômetro: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quantidade: _____	ESTET_ESFIG
13	Presença de Glicosímetro: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
14	Dispõe de fita métrica: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	

15	A Iluminação da unidade é adequada: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	ILUM_
16	Presença de biombo ou barreiras que mantenham a privacidade: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	BIOM_
17	Presença de Bombas de Infusão: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quantidade:	BOMB_INF
18	Presença de Monitor Cardíaco: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	MON_CARD
	Presença de cardiotocografo: 1. () AUSENTE 2. ()PRESENTE	
19	Presença de material para higienização das mãos (ex: sabonete comum, álcool 70%, clorexidina): 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	HIG_M_____
20	Presença de dispensadores de sabonete líquido ou antisséptico: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_SAB
21	Presença de Porta Papel-Toalha 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PAP_TOA
22	Piso antiderrapante no banheiro: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PIS_BAN
23	Barra de apoio no banheiro: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	BAR_APOIO
Insumos Médico-hospitalares		

	Dispõe de geladeira para guarda de medicamentos: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
24	Disponibilidade de ocitocina: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DISP_OC_____
25	Disponibilidade de Sulfato de magnésio (10%-50%): 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Qual:	SUF_MAG_____
26	Disponibilidade de Antibióticos: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	ANT_____
27	Disponibilidade de Antirretrovirais: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	ANTIRR_____
28	Disponibilidade de Insulina: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_INS_____
29	Disponibilidade de Misoprostol 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_MISO__
30	Disponibilidade de Nifedipina 10 mg 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_NIFED_
31	Disponibilidade de Hidralazina 20 mg 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_HIDRA_
32	Disponibilidade de Metilergometrina	DIS_METIL_

	1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
	A unidade dispõe de um carrinho de emergência com desfibrilador funcionando: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE Quais locais:	
33	Disponibilidade de Balão de tamponamento intrauterino (BTI) 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_BTI_
34	Disponibilidade de Traje antichoque não-pneumático (TAN) 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	DIS_TAN
35	Disponibilidade de Aceleradores da Maturidade Pulmonar (Betametasona 12 mg IM ou Dexametasona 6 mg IM): 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	
Protocolos		
36	Os profissionais fazem uso de um protocolo padronizado pelo hospital para Manejo de Pré-Eclampsia/ eclampsia 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PROF_PROTO_PE _____
37	Os profissionais fazem uso de um protocolo padronizado pelo hospital para Manejo de Abortamento: 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PROF_PROTO_ABORT O
38	Os profissionais utilizam protocolo para Manejo de Hemorragia no pós-parto 1. ()AUSENTE 2. ()PRESENTE	PROF_PROT_HEMO

Recursos Humanos		
39	Número de enfermeiros obstetras: _____	NUM_ENF_____
40	Número de médicos obstetras: _____	NUM_MED_OBS
41	Número de médicos neonatologistas: _____	NUM_MED_NEO
42	Número de técnicos de enfermagem: _____	NUM_TEC_ENF
43	Número de enfermeiros generalistas: _____	NUM_ENF_GEN
	Número de maqueiros na Unidade: _____	
Observações da pesquisadora:		

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

DADOS DO PRONTUÁRIO		
N o	PERGUNTAS	COD.
	Data de admissão da gestante: ____/____/____ Data do parto: Data de alta: ____/____/____	
	O prontuário é: 1. () DIGITALIZADO 2. () FÍSICO	PRONT_
	Apresenta legibilidade da letra dos profissionais : 1. () SIM 2. () NÃO Observações: _____ _____	
	Apresenta informações com o uso de abreviaturas: 1. () SIM 2. () NÃO	DADOS_ INCOM
	Apresenta rasuras 1. () SIM 2. () NÃO	PRONT_ RAS
	Apresenta a identificação correta da paciente (nome completo, data de nascimento): 1. () SIM 2. () NÃO	IDENT_ CORRET
	Houve presença de registro sobre ausência de medicação: 1. () SIM 2. () NÃO Quais: _____ _____	
	As evoluções apresentam data e hora:	EVOL_

	1. ()SIM 2. ()NÃO Obs: _____ _____	
	Apresenta a identificação dos profissionais que realizaram o cuidado (carimbo+ assinatura ou assinatura eletrônica): 1. ()SIM 2. ()NÃO	PROF_A SS
	O motivo da internação está especificado: 1. ()SIM 2. ()NÃO Se sim, qual motivo? _____ _____	
	Existe registro de alergia: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	O parto foi normal ou cesáreo? 1. ()Normal 2. ()Cesárea	
	Se cesárea, a justificativa para realização da cirurgia cesárea está clara? 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Apresenta o checklist de Parto Seguro para cesárea: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Apresenta a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Registro da assistência ao trabalho de parto/parto: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Estão registradas as aferições de pressão arterial (PA)?	

	1. ()SIM 2. ()NÃO Qual momento: ()Pré-Parto ()Parto ()Pós-parto Observações: _____ _____	
	Estão registradas as aferições de temperatura (T°C): 1. ()SIM 2. ()NÃO Observação: _____ _____	
	Foram registradas as aferições dos batimentos cardíacos (BCFs): 1. ()SIM 2. ()NÃO Observações: _____ _____	
Boas práticas de assistência ao parto e nascimento		
	O Partograma foi utilizado para monitoramento do progresso do parto: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Há registros sobre a presença de Acompanhante durante o parto: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Há registro sobre a administração da Ocitocina no 1º minuto pós parto para prevenir hemorragia: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
RECÉM-NASCIDO		
	Foi administrado Vitamina K no recém-nascido: 1. ()SIM	

	2. ()NÃO	
	Há registro sobre o início da amamentação na primeira hora após o parto: 1. ()SIM 2. ()NÃO Observações:	
	Há registro sobre o contato pele a pele imediatamente após o parto: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Há registro sobre clampeamento oportuno do cordão umbilical (prática de pinçar o cordão umbilical aproximadamente um a três minutos após o nascimento ou após a suspensão da pulsação do cordão umbilical.) 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Há registros sobre a utilização de pulseira de Identificação do recém-nascido no parto normal: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
	Há registros sobre a utilização de pulseira de Identificação do recém-nascido na cirurgia cesárea: 1. ()SIM 2. ()NÃO	
EVENTOS ADVERSOS		
No prontuário há registro de algum desses Eventos Adversos: • Morte Materna () SIM ()NÃO • Morte intraparto ou neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g ()SIM ()NÃO • Ruptura uterina ()SIM ()NÃO • Admissão materna em UTI ()SIM ()NÃO • Toco-traumatismo ()SIM ()NÃO • Retorno da mãe à sala de cirurgia/parto ()SIM ()NÃO • Admissão em UTI neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g por um tempo > 24		

horas ()SIM ()NÃO

- APGAR < 7 no 5º minuto ()SIM ()NÃO
- Transfusão de sangue ()SIM ()NÃO
- Laceração perineal de 3º ou 4º grau ()SIM ()NÃO

APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Assunto:	Conhecimento do local da coleta quanto ao quantitativo de profissionais, número de nascimentos, tipos de partos e total de partos realizados
Objetivo:	Caracterizar o local de estudo segundo tipo de assistência, quantitativo de profissionais, número de nascimentos; número de leitos, tipo de parto e total de partos realizados.
Âmbito de atuação:	Pesquisadores envolvidos no estudo.

Procedimentos

1. Avaliação de Estrutura

Apresente-se a responsável pelo Chefe da Unidade de Saúde da Mulher: Nome + acadêmico da UFPE que irá realizar a coleta de dado do projeto de mestrado intitulado: ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DA PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA, o qual foi aprovado pelo CEP da UFPE e do HC e autorizado coleta (Mostre documento de autorização de coleta).

Explicar que o estudo tem como **Objetivo Geral** :Analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos.

O estudo trará **Benefícios** para prática clínica dos profissionais de saúde, gestores e para as gestantes envolvidas no processo da assistência. Para os profissionais de saúde e gestores será possível conhecer os maiores entraves presentes na prática diária que impedem a prestação de uma assistência de qualidade e segurança.

E como **risco** a divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação, invasão da privacidade do prontuário das gestantes incluídas no estudo e o risco da segurança dos prontuários. Frente a esses riscos, a pesquisadora adotará as seguintes providências: garantir que somente pesquisadores habilitados tenham acesso aos prontuários/instrumentos de coleta de dados; limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantir a não violação e a integridade

dos prontuários.
Explicar que a avaliação do indicador de estrutura se dará por um instrumento construído pela própria autora a partir da leitura de artigos sobre a temática. Ele contém itens relacionados a infraestrutura, insumos médico-hospitalares, protocolos, recursos humanos e perfil da unidade
O instrumento foi construído para auxiliar o coletador na busca das informações referentes a lotação da unidade, disposição das macas, privacidade das parturientes, limpeza, iluminação, disponibilidade de medicamentos, quantitativo de profissionais.
Agradeça a participação da Chefe de Saúde da Mulher na Pesquisa

APÊNDICE D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

Assunto	Coleta de dados dos Prontuários
Objetivo	e) Avaliar o desempenho com relação aos indicadores de processo - adesão às boas práticas; f) Avaliar o desempenho com relação aos indicadores de resultado - eventos adversos;
Âmbito de atuação	Pesquisadores envolvidos no estudo.

Procedimentos

Apresente-se a responsável pelo Núcleo da Documentação Clínica - NDC: Nome + acadêmico da UFPE que irá realizar a coleta de dado do projeto de mestrado intitulado: ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DA PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA, o qual foi aprovado pelo CEP da UFPE e do HC e autorizado coleta (Mostre documento de autorização de coleta Explique que o estudo tem como Objetivo Geral :Analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos. O estudo trará Benefícios para prática clínica dos profissionais de saúde, gestores e para as gestantes envolvidas no processo da assistência. Para os profissionais de saúde e gestores será possível conhecer os maiores entraves presentes na prática diária que impedem a prestação de uma assistência de qualidade e segurança. E como risco a divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação, invasão da privacidade do prontuário das gestantes incluídas no estudo e o risco da segurança dos prontuários. Frente a esses riscos, a pesquisadora adotará as seguintes providências: garantir que somente pesquisadores habilitados tenham acesso aos prontuários/instrumentos de coleta de dados; limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantir a não violação e a integridade dos prontuários. Comunique que a população do estudo será constituída pelos prontuários mulheres que pariram por via vaginal ou cirurgia cesárea e de seus recém-nascidos no hospital investigado,
--

durante o período de janeiro a abril de 2022. Na escolha dos prontuários será utilizada técnica de amostragem aleatória simples.

Será criada uma lista com o nº de prontuário de todas as mulheres atendidas no serviço no período de janeiro/fevereiro/março/ abril de 2022, logo após será feito o sorteio de 30 prontuários referentes a cada mês.

MESES/2022	QUANTIDADE DE PRONTUÁRIOS
JUNHO	40
JULHO	41
AGOSTO	39
SETEMBRO	35
TOTAL	155

Uma nova lista será criada com o número dos prontuários sorteados e enviada para o SAME, onde esses serão separados e entregues aos responsáveis pela coleta.

Inicialmente será realizado pela **pesquisadora principal** um estudo piloto com 30% dos prontuários totais para avaliar a adequabilidade do instrumento adaptado, sendo realizadas alterações se necessário. Esses prontuários não serão incluídos no estudo final.

Após o teste piloto será entregue aos auxiliares da pesquisa um instrumento para coleta dos dados nos prontuários, com itens referentes:

1. Informações do prontuário:

- 1.1 Avaliar escrita (ilegível, rasuras, erros de redação, uso de abreviaturas)
- 1.2 Observar no apazamento das medicações se houve falta de alguma medicação ou se existe algum registro dessa ausência.
- 1.3 Observar se há o registro dos profissionais que prestaram assistência a gestante
- 1.4 Ver a data de admissão e da alta da paciente
- 1.5 Motivo da internação
- 1.6 Observar se houve o registro de alguma intercorrência e qual o encaminhamento dado

a mulher

1.7 Observar se há o registro da pressão arterial, temperatura, dinâmica uterina, batimentos cardíacos (BCFs)

1.8 Caso a mulher tenha sido encaminhada para uma cirurgia cesariana, observar se está especificado o motivo

2. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento como:

a) Boas práticas para a mãe: utilização do Partograma para monitoramento do progresso do parto; presença de acompanhante durante o parto; administração da ocitocina no 1º minuto pós parto para prevenir hemorragia;

b) Boas práticas para o recém-nascido: administração da Vitamina K; início da amamentação na primeira hora após o parto; contato pele a pele imediatamente após o parto; clamping oportuno do cordão umbilical; e identificação do recém-nascido com pulseira.

3. Eventos adversos:

Morte Materna

Morte intraparto ou neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g

Ruptura uterina

Admissão materna em UTI

Tocotraumatismo

Retorno da mãe à sala de cirurgia/parto

Admissão em UTI neonatal de recém-nascido com peso > 2.500g por um tempo > 24 horas

APGAR < 7 no 5º minuto

Transfusão de sangue

Laceração perineal de 3º ou 4º grau (escore 5).

Após a coleta das informações nos prontuários, esses dados serão exportados para a Plataforma QualiParto.

Agradecer ao responsável a cooperação com a pesquisa.

APÊNDICE E – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA TESE

REVISÃO INTEGRATIVA

Para este projeto de dissertação, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPE, o capítulo de revisão de literatura será apresentado em formato de artigo revisão integrativa.

O cuidado obstétrico a luz dos indicadores de qualidade da assistência: revisão integrativa

Objetivo: Avaliar os estudos com relação ao cuidado obstétrico à luz dos indicadores de qualidade da assistência.

Método: Revisão integrativa realizada em agosto de 2022 por meio da busca nas bases de dados LILACS, Medline, Pubmed, *Web Of Science* e *Embase*. Utilizando os descritores indexados no MeSH e DeCS: Segurança do Paciente, *Patient Safety*, Obstetrícia, *Obstetrics*, Saúde Materna, *Maternal Health*, Serviços de Saúde Materna, *Maternal Health Services*, combinados com operador *booleano* AND. Os resultados obtidos foram exportados para o *software* gerenciador de referências *EndNote* e posteriormente para o aplicativo Rayyan - *Intelligent Systematic Review*. A amostra foi composta por 15 estudos. Na análise dos artigos considerou-se os indicadores de qualidade segundo a estrutura, o processo e o resultado.

Resultados: Segundo o indicador estrutura os obstáculos para um cuidado obstétrico de qualidade, foram: quantidade insuficiente de profissionais e de insumos médico-hospitalares, problemas relacionados à estrutura física e cultura punitiva dos erros. No processo há falhas na comunicação interprofissional, ocorrência de violência obstétrica e não utilização do partograma. No indicador resultado, destacaram-se as reuniões em equipe como uma oportunidade de identificar a ocorrência de eventos adversos.

Conclusão: Os estudos evidenciaram os principais indicadores e seus respectivos fatores que podem influenciar na qualidade da assistência obstétrica com impacto na segurança materna. Recomenda-se as boas práticas baseadas em evidências e adesão do *Safe Childbirth Checklist*. Além disso, é importante o planejamento de estratégias para melhorias do cuidado e prevenção da ocorrência de eventos adversos.

Descritores: Segurança do Paciente; Obstetrícia; Saúde Materna; Serviços de Saúde Materna; Qualidade da Assistência à Saúde.

Introdução

A assistência à saúde de qualidade tem como um dos seus pilares de sustentação a segurança do paciente, que visa reduzir danos e melhorar os indicadores de saúde. A qualidade é obtida quando se alcança os melhores resultados e experiências, enquanto a segurança busca reduzir o risco de danos desnecessários relacionados à assistência em saúde.⁽¹⁾

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde permite compreender os avanços e os fatores que interferem na satisfação do usuário e contribuem para a ocorrência de Eventos Adversos (EA).⁽²⁾ A partir disso, é possível traçar intervenções mais efetivas com foco na melhoria da assistência e segurança para os usuário e profissionais.⁽³⁾

Um modelo utilizado para avaliar a qualidade foi proposto por Avedis Donabedian (1980), o qual se baseia na tríade de estrutura, processo e resultado. Na avaliação da estrutura, deve-se analisar os recursos humanos e materiais para a provisão do cuidado e como estes estão relacionados a qualidade da assistência. No processo, é importante considerar as práticas dos profissionais envolvidos no cuidado, já os indicadores de resultado avaliam a repercussão da assistência para o paciente.⁽⁴⁾

Na busca por esta qualificação com ênfase na assistência obstétrica e redução da mortalidade materna, a Organização das Nações Unidas (ONU), através da Agenda 2030, traçou como objetivo de desenvolvimento sustentável: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. Dentre suas metas está reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030.⁽⁵⁾

A promoção de um cuidado obstétrico qualificado é pautada na prevenção de intervenções excessivas e desnecessárias e na satisfação das mulheres com a assistência recebida.^(1,5) Recomenda-se a adoção das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. ⁽⁶⁾ A baixa adesão às boas práticas é um importante causa para maior ocorrência de eventos adversos e danos à saúde materna.⁽⁶⁾

Estratégias para redução da mortalidade materna vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos. Para tanto, é necessário que as pessoas recebam um cuidado obstétrico qualificado com práticas baseadas em evidências. O fortalecimento da cultura de segurança do paciente e

o estímulo da comunicação entre a equipe de saúde são componentes de qualidade essenciais para um cuidado seguro durante assistência no ciclo gravídico-puerperal.⁽⁷⁾

Nesse contexto, vislumbra-se com a revisão de literatura avaliar os estudos com relação ao cuidado obstétrico à luz dos indicadores de qualidade da assistência. Diante disso, almeja-se contribuir com a tomada de decisão para uma prática avançada da assistência obstétrica, com vistas à segurança da paciente e cuidado qualificado.

Método

Revisão Integrativa (RI) desenvolvida em seis etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e a apresentação da RI.⁽⁸⁾

A pergunta norteadora foi elaborada através da estratégia PICO:⁽⁹⁾ em que a população (P) foi representada por mulheres no ciclo gravídico puerperal e por profissionais de saúde; o interesse (I) a qualidade do cuidado; e o contexto (Co) da assistência obstétrica à luz dos Indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado. Com base nessa estratégia foi elaborada a questão norteadora: “Quais as evidências sobre a avaliação do cuidado obstétrico à luz dos indicadores de qualidade da assistência?”

O levantamento dos estudos primários ocorreu em agosto de 2022, nas bases de dados: Literatura Latinamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Web of Science*, EMBASE, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Foram utilizados os descritores Segurança do Paciente, *Patient Safety*, Obstetrícia, *Obstetrics*, Saúde Materna, *Maternal Health*, Serviços de Saúde Materna, *Maternal Health Services*, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / *Medical Subject Headings* (MeSH), combinados pelo operador booleano “AND”.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases. Recife, 2021.

Bases de dados	Estratégias de busca
LILACS	1- “Patient Safety” [Subject descriptor] AND Obstetrics [Subject descriptor] AND “Maternal Health” [Subject descriptor] 2- “Patient Safety” [Subject descriptor] AND Obstetrics [Subject descriptor] AND “Maternal Health Services” [Subject descriptor] 3- “Maternal Health Services” [Subject descriptor] AND Obstetrics [Subject descriptor] AND “Maternal Health”

	[Subject descriptor] 4-“ Patient Safety” [Subject Descriptor] AND “Maternal Health” [Subject Descriptor] AND “Maternal Health Services” [Subject Descriptor]
MEDLINE/PubMed	1- (((“Patient Safety” [MeSH Terms]) AND (Obstetrics [MeSH Terms]))) AND (“Maternal Health”[MeSH Terms]) 2- (((“Patient Safety”[MeSH Terms]) AND (Obstetrics [MeSH Terms])) AND (“ Maternal Health Services” [MeSH Terms]) 3-(((Obstetrics [MeSH Terms])) AND (“ Maternal Health Services” [MeSH Terms]) AND (“Maternal Health” [MeSH Terms]) 4- (((“Patient Safety” [MeSH Terms])) AND (“Maternal Health”[MeSH Terms]) AND (“Maternal Health Services [MeSH Terms])
WEB OF SCIENCE	1- “Patient Safety” (Topic) AND Obstetrics (Topic) AND “Maternal Health” (Topic) 2-“Patient Safety” (Topic) AND Obstetrics (Topic) AND “Maternal Health Services” (Topic) 3-Obstetrics (Topic) AND “Maternal Health” (Topic) AND “ Maternal Health Services” (Topic) 4- “Patient Safety” (Topic) AND “Maternal Health” (Topic) AND “Maternal Health Services” (Topic)
EMBASE	1-('patient safety'/exp OR 'patient safety') AND ('obstetrics'/exp OR obstetrics) AND ('maternal health'/exp OR 'maternal health') 2-(“ Patient Safety”/exp OR “Patient Safety”) AND (“Obstetrics”/ exp Obstetrics) AND (“ Maternal Health Services”/ exp “ Maternal Health Services”) 3-(Obstetrics/ exp Obstetrics) AND (“ Maternal Health Services”/ exp “ Maternal Health Services”) AND ('maternal health'/exp OR 'maternal health') 4-(“Patient Safety/ exp “Patient Safety”) AND(“ Maternal Health Services”/ exp “ Maternal Health Services”) AND ('maternal health'/exp OR 'maternal health')
CINAHL	1-(“Patient Safety) AND (Obstetrics) AND (“Maternal Health”) 2- (“Patient Safety”) AND (Obstetrics) AND (Maternal Health Services”) 3- (Obstetrics) AND (“Maternal Health”) AND (“Maternal Health Services”) 4- “Patient Safety” AND “Maternal Health” AND “Maternal Health Services”

Fonte: elaborado pelas autoras.

Os critérios de inclusão foram: artigos primários que abordassem a temática de estudo, nos idiomas inglês, português ou espanhol e publicados entre os anos de 2012 e 2022. O recorte temporal se justifica pela Portaria 529 de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.⁽¹⁰⁾ Foram excluídos estudos secundários, protocolos de estudos, reflexões, comentários, cartas do editor, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais.

A busca na base de dados identificou 5.387 artigos, sendo 1.300 CINAHL, 43 LILACS, 3.186 MEDLINE, 146 *Web of Science*, 712 EMBASE. Os resultados foram exportados para o *EndNote*, e posteriormente, para o aplicativo Rayyan – *Intelligent Systematic Review* – sendo selecionado para leitura de títulos e resumos por dois revisores independentes um total de 3.278 artigos.

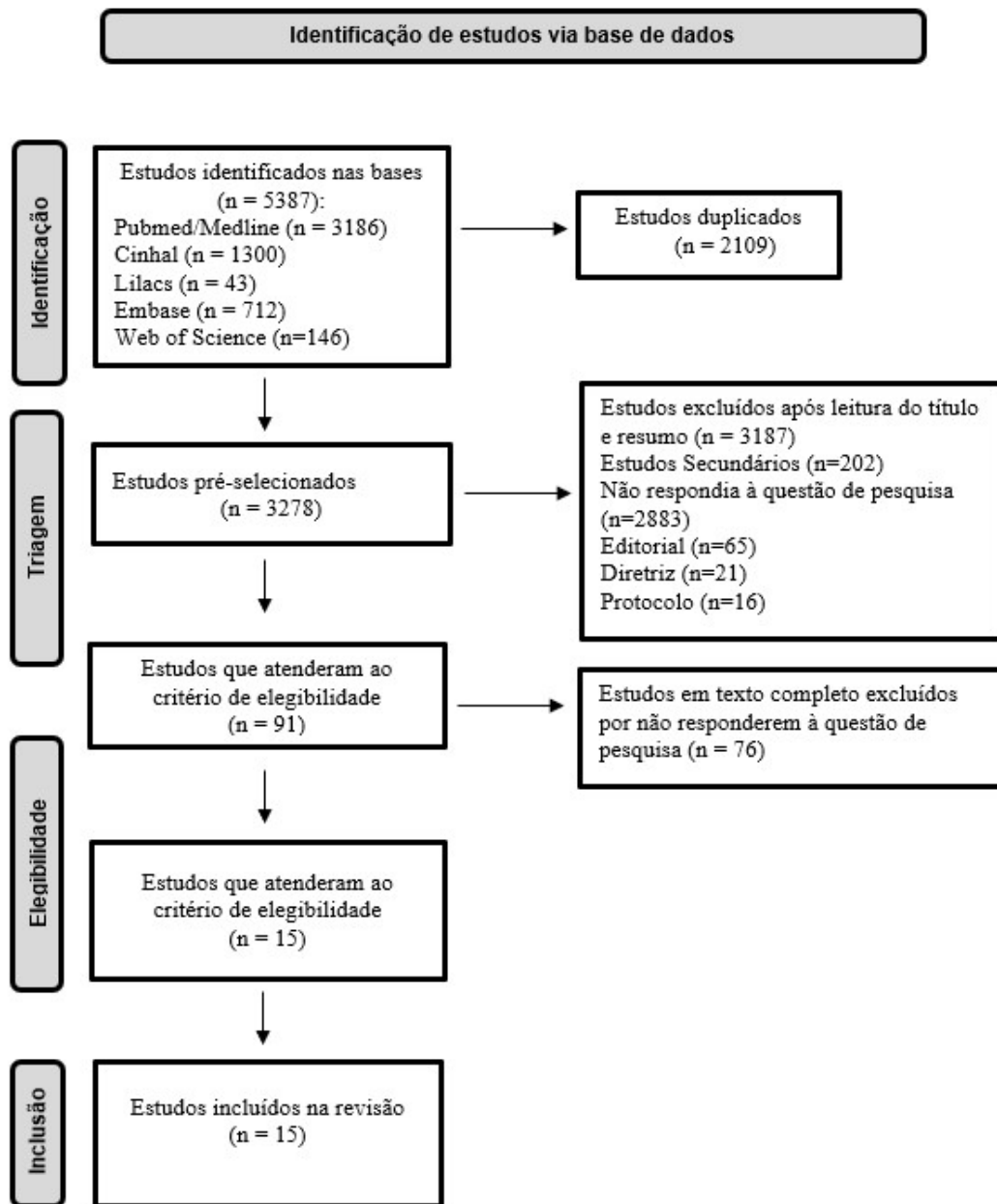
Foram lidos títulos e resumos com ajuda do aplicativo Rayyan. Após análise foram selecionados 91 artigos para leitura completa, destes 15 artigos foram selecionados por responder à pergunta norteadora. As etapas da seleção estão demonstradas na figura 1, seguindo a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses* (PRISMA).⁽¹¹⁾

Quanto à análise, dois revisores realizaram a avaliação dos estudos às cegas e de forma independente. No caso de discordância, era solicitado o auxílio de um terceiro revisor. As reuniões para avaliação dos artigos aconteceram via plataforma *Google Meet*. O processo de seleção dos artigos respeitou os critérios de inclusão e a questão de pesquisa, assim, buscou-se reduzir os riscos de vieses.

Os dados dos estudos incluídos na RI foram extraídos através do instrumento validado por URSI,⁽¹²⁾ considerando as seguintes variáveis: título do periódico, autores, país, ano de publicação, idioma, instituição sede do estudo; tipo de estudo, seleção da amostra, intervenções realizadas, nível de evidência e avaliação do rigor metodológico. O rigor metodológico dos artigos selecionados foi avaliado segundo os critérios do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP).⁽¹²⁾ Na avaliação da força de evidência dos estudos utilizou-se a classificação dos setes níveis propostos por Fineout-Overholt.⁽¹³⁾

A análise foi realizada de forma descritiva após a leitura e extração dos principais resultados, considerando a frequência e similaridades entre os estudos. Os artigos selecionados foram analisados conforme a tríade de avaliação do cuidado a partir dos indicadores de estrutura, processo e resultado.⁽¹⁴⁾

Resultados



Fonte: A autora (2022).

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção da amostra dos artigos da Revisão Integrativa. Recife, PE, 2022.

Dos estudos selecionados, doze estavam em inglês e 03 em português. Acerca do ano de publicação, em 2020 (N=04), 2019 (N=03) e 2018 (N=03), 2021 (N=02). Todos os estudos tiveram nível de evidência (NE) VI, e quanto ao rigor metodológico (RM), 12 foram

classificados como nível A que corresponde à boa qualidade metodológica e viés reduzido (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese de estudos primários relacionados ao cuidado obstétrico.

Autor / ano / país	Objetivo	Amostra	(NE) / (RM)
Pedroni et al. (2020) ⁽¹⁵⁾ / Brasil	Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros e médicos atuantes na área materno-infantil.	41 profissionais (21 médicos obstetras e neonatologistas e 20 enfermeiros).	NE: VI RM: B
Rönnerhag et al. (2018) ⁽¹⁶⁾ / Suécia	Explorar o significado da segurança como fenômeno de processo, delineando as experiências positivas e negativas de segurança no parto das mulheres.	16 mulheres que pariram nos últimos 12 meses.	NE: VI RM: A
Custódio et al. (2021) ⁽¹⁷⁾ / Brasil	Compreender como a implantação do Checklist do Parto Seguro modificou a prática obstétrica na percepção da equipe de Enfermagem.	36 profissionais de enfermagem	NE: VI RM: A
Saxena et al. (2018) ⁽¹⁸⁾ / Índia	Compreender a qualidade da assistência prestada à mulher durante o parto nas unidades de saúde.	23 observações diretas de partos vaginais	NE: VI RM: Nível A
Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾ / EUA	Descrever a qualidade e a segurança da assistência à maternidade em hospitais de quatro estados.	1.165 enfermeiros	NE: VI RM: A
Ederer et al. (2019) ⁽²⁰⁾ / Suíça, Alemanha	Explorar as experiências e percepções das parteiras sobre a cultura de segurança do paciente nos países de língua alemã.	14 parteiras	NE: VI RM: A
Abawollo et al. (2021) ⁽²¹⁾ / Etiópia	Avaliar as mudanças pré e pós-intervenção na disponibilidade de suprimentos essenciais para o parto e na adesão dos profissionais de saúde às PBE.	Profissionais da sala de parto (médicos e equipe de enfermagem)	NE: VI RM: A
Doria et al. (2019) ⁽²²⁾ / Indonésia	Traduzir a percepção de avaliação de linha de base da qualidade do cuidado (QoC) de mulheres que deram à luz institucionalmente nesta província	26 gestantes	NE: VI RM: A
Martijn et al. (2013) ⁽²³⁾ / Holanda	Realizar uma análise estrutural dos determinantes de risco de incidentes críticos no atendimento a mulheres com perfil de baixo risco no início da gravidez com vistas à melhoria da segurança do paciente.	71 notificações de incidentes críticos em gestantes	NE: VI RM: B
Madzimbamuto et al. (2014) ⁽²⁴⁾ / África	Determinar as causas básicas das mortes maternas notificadas em 2010.	56 fichas de óbito materno	NE: VI RM: A

Gama et al. (2020) ⁽²⁵⁾ / Brasil	Avaliar em que medida a implementação de lembretes como o SCC pode contribuir para o cumprimento do uso adequado de MgSO ₄ .	287 prontuários de mulheres no ciclo gravídico puerperal	NE: VI RM: A
Ünver, Seren (2018) ⁽²⁶⁾ / Turquia	Determinar as atitudes de segurança do paciente de parteiras, enfermeiras e médicos.	255 profissionais de saúde	NE: VI RM: A
Mudhune et al. (2020) ⁽²⁷⁾ / Zâmbia	Medir a mudança nas práticas dos profissionais de saúde após a introdução da Lista de Verificação da OMS para partos seguros (SCC).	570 observações de partos vaginais	NE: VI RM: B
Patabendige, Senanayake (2015) ⁽²⁸⁾ / Sri Lanka	Estudar a institucionalização do SCC da OMS em um centro de atenção terciária no Sri Lanka.	98 profissionais (Enfermeiros, enfermeiros obstetras e parteiras)	NE: VI RM: A
Molina et al. (2019) ⁽²⁹⁾ / México	Avaliar a adesão do provedor às práticas baseadas em evidências e as percepções das mulheres sobre os cuidados que receberam durante o parto no primeiro ano após a implementação do SCC adaptado.	384 puérperas	NE: VI RM: A

Fonte: A autora (2022).

NE - nível de evidência; RM - rigor metodológico.

Os estudos evidenciaram, a partir da análise segundo os indicadores de qualidade, que os principais fatores que favoreceram a ocorrência incidentes estavam relacionados aos indicadores estrutura e processo, dentre eles: quantidade insuficiente de profissionais,^(15,16,17) deficiência na estrutura física,⁽¹⁸⁾ falta de medicamentos e suprimentos hospitalares,^(18,24) cultura punitiva do erro,^(15,19,20) má comunicação,^(15,16,19,20,22,22,24) não adesão às práticas baseadas em evidências,^(18,23,24,25) violência obstétrica.⁽¹⁸⁾

Com relação a estratégias que podem ser implementadas com vistas a melhorar a assistência obstétrica, foram apontadas: a educação da parturiente para prevenção dos EA,⁽¹⁶⁾ a educação permanente para qualificar os profissionais,^(19,20,26) a introdução do *Safe Childbirth Checklist* (SCC) na prática diária,⁽²¹⁾ promovendo a melhoria da comunicação^(17,22,27,28,29) e a maior adesão às práticas essenciais de parto.^(21,25,27,28,29) Porém, mesmo com os benefícios do SCC foi listado como obstáculo para a sua utilização a resistência dos profissionais devido ao aumento da carga de trabalho e à falta de sensibilização sobre a importância desse instrumento.^(17,28)

No que diz respeito aos indicadores de resultados as reuniões de equipe como oportunidade para o reprocessamento do erro^(19,20,23) e profissionais sensibilizados sobre a segurança do paciente,⁽¹⁹⁾ foram apontadas como ações que permitem que todos os envolvidos

no cuidado se sintam corresponsáveis pela promoção de um cuidado qualificado e mais seguro (Quadro 2).⁽¹⁵⁾

Quadro 2. Avaliação dos estudos segundo a tríade da qualidade do cuidado.

Indicadores de Estrutura	Quantidade insuficiente de profissionais.	Pedroni et al. (2020) ⁽¹⁵⁾ Rönnnerhag et al. (2018) ⁽¹⁶⁾ Custódio et al. (2021) ⁽¹⁷⁾
	Deficiência na estrutura física.	Saxena et al. (2018) ⁽¹⁸⁾
	Falta de medicamentos e suprimentos hospitalares.	Saxena et al. (2018) ⁽¹⁸⁾ Madzimbamuto et al. (2014) ⁽²⁴⁾
	Cultura punitiva dos erros.	Pedroni et al. (2020) ⁽¹⁵⁾ Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾ Ederer et al. (2019) ⁽²⁰⁾
Indicadores de Processo	Introdução do SCC na prática diária	Abawollo et al. (2021) ⁽²¹⁾
	Má comunicação	Pedroni et al. (2020) ⁽¹⁵⁾ Rönnnerhag et al. (2018) ⁽¹⁶⁾ Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾ Ederer et al. (2019) ⁽²⁰⁾ Doria et al. (2019) ⁽²²⁾ Martijn et al. (2013) ⁽²³⁾ Madzimbamuto et al. (2014) ⁽²⁴⁾
	Não adesão às práticas baseadas em evidências.	Saxena et al. (2018) ⁽¹⁸⁾ Martijn et al. (2013) ⁽²³⁾ Madzimbamuto et al. (2014) ⁽²⁴⁾ Gama et al. (2020) ⁽²⁵⁾
	Violência Obstétrica.	Saxena et al. (2018) ⁽¹⁸⁾
	Educação da parturiente para prevenção dos EA.	Rönnnerhag et al. (2018) ⁽¹⁶⁾
	<i>Checklist</i> de parto seguro da OMS facilita a comunicação	Custódio et al. (2021) ⁽¹⁷⁾ Doria et al. (2019) ⁽²²⁾ Mudhune et al. (2020) ⁽²⁷⁾ Patabendige, Senanayake (2015) ⁽²⁸⁾ Molina et al. (2019) ⁽²⁹⁾
	Melhora significativa na adesão às práticas essenciais de parto após a implementação do SCC.	Abawollo et al. (2021) ⁽²¹⁾ Gama et al. (2020) ⁽²⁵⁾ Mudhune et al. (2020) ⁽²⁷⁾

		Patabendige, Senanayake (2015) ⁽²⁸⁾ Molina et al. (2019) ⁽²⁹⁾
	Educação permanente melhora as atitudes dos profissionais.	Ederer et al. (2019) ⁽²⁰⁾ Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾ Ünver, Seren (2018) ⁽²⁶⁾
	A resistência em utilizar o SCC deve-se a sobrecarga de trabalho, falta de sensibilização dos profissionais.	Custódio et al. (2021) ⁽¹⁷⁾ Patabendige, Senanayake (2015) ⁽²⁸⁾
Indicadores de Resultado	As reuniões de equipe como oportunidade para reprocessamento de erros.	Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾ Ederer et al. (2019) ⁽²⁰⁾ Martijn et al. (2013) ⁽²³⁾
	Profissionais sensibilizados sobre a segurança do paciente oferecem assistência mais qualificada.	Clark, Lake (2020) ⁽¹⁹⁾

Fonte: A autora (2022).

Discussão

Na avaliação do cuidado obstétrico segundo os indicadores de qualidade, os **indicadores de estrutura** influenciam na segurança do paciente por meio da quantidade insuficiente de profissionais e sobrecarga de trabalho.^(15,16,17) Enfermeiros obstetras afirmam que o cuidado fica prejudicado com o número reduzido de trabalhadoras, principalmente na beira do leito e durante todo o trabalho de parto e parto.⁽¹⁹⁾

Acrescido a isso a falta de recursos materiais, baixa remuneração, jornada dupla de trabalho contribuem para a insatisfação dos profissionais e podem refletir na qualidade do cuidado e no aumento dos EA.^(18,24) A melhoria das condições de trabalho é necessária para um cuidado seguro e para uma experiência de parto mais satisfatória.⁽¹⁶⁾

A cultura punitiva do erro ainda presente nas instituições de saúde, pode-se considerar como um indicador de estrutura na avaliação da qualidade obstétrica.^(15,19,20) Esse tipo de cultura desencoraja as notificações e impede o aprendizado organizacional. Estudos sugerem que para melhoria da qualidade da assistência, os gestores devem construir e apoiar uma cultura onde os erros são reconhecidos, relatados e estudados como forma prevenir a sua recorrência e as ações devem ser voltadas para diminuir os danos aos pacientes.^(15,19)

Quanto aos **indicadores de processo** a comunicação ineficaz tem sido apontada como um dos principais fatores relacionados ao cuidado inseguro e à ocorrência de incidentes em instituições hospitalares.^(15,24) Entrevistas realizadas com puérperas mostraram que a falta de informação por parte dos profissionais de saúde despertou nelas sentimento de insegurança,

levando a vivenciarem o parto como um evento imprevisível e incerto.⁽¹⁶⁾ Outro estudo acrescenta que durante o trabalho parto as puérperas receberam pouca ou nenhuma informação e não foram consultadas sobre sua opinião em relação aos seus desejos e expectativas, perdendo com isso sua autonomia e sofrendo violência obstétrica.⁽²²⁾

Puérperas afirmam para se sentirem seguras e valorizadas necessitam receber informações sobre os riscos, vantagens e desvantagens com relação ao período gravídico puerperal.⁽¹⁶⁾ O fornecimento de informações e a comunicação entre profissional e parturiente não visa apenas acolhê-la, mas permite que adquira conhecimento para atuar de forma ativa na prevenção de violência obstétrica, de EA e na redução da mortalidade materna.⁽³⁰⁾

Outro fator em evidência no indicador de processo foi a não adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelos profissionais que prestam o cuidado.^(18,23,24,25) Entretanto, as boas práticas surgiram como forma de qualificar o cuidado obstétrico e reduzir a mortalidade materna e infantil, através da mudança do modelo de assistência, diminuindo o uso de intervenções desnecessárias e respeitando a autonomia da mulher.⁽³¹⁾ Estudo revela que as parturientes eram expostas ao maior risco de complicações devido ao não cumprimento das recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁽¹⁸⁾

Os gestores e profissionais de saúde precisam ser sensibilizados sobre a importância das diretrizes como ferramenta de orientação para tomada de decisão às questões relacionadas às vias de parto, condutas e intervenções, sendo importante aliadas na tomada decisão e promotoras de um cuidado mais seguro e satisfatório.⁽³¹⁾

Buscando melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal e reduzir as altas taxas de morbimortalidade, a OMS criou o *Safe Childbirth Checklist* (SCC), ferramenta de baixo custo e fácil utilização que visa auxiliar os profissionais de saúde a desempenharem as atividades essenciais do parto nos momentos críticos do nascimento, facilitar a comunicação e reduzir a ocorrência de EA.⁽³²⁾ Dos estudos analisados nessa RI, sete deles, observaram melhorias da assistência após a implantação do SCC.^(17,21,22,25,27,28,29)

Contudo, alguns profissionais apresentaram resistência na utilização deste instrumento, devido ao aumento da carga de trabalho e à falta de sensibilização por parte da gestão sobre a importância do SCC. Recomenda-se que durante a implantação do instrumento a equipe seja informada sobre sua importância na diminuição da ocorrência de erros e melhoria da qualidade do cuidado.^(17,28)

Dentre **os indicadores de resultado** destaca-se as reuniões e as discussões de caso com a equipe do serviço de saúde, as quais surgem como uma possibilidade de aprimoramento da cultura de segurança do paciente, porém só atingem seu objetivo se os

profissionais se sentirem confortáveis e confiantes para falar sobre suas falhas.^(19,20,23) Além disso, permitem o reprocessamento do erro e estimulam o planejamento de estratégias com foco na melhoria da qualidade da assistência materna e neonatal e na redução da mortalidade, além de prevenir a ocorrência de novos incidentes.⁽¹⁵⁾

Diante do exposto, é necessário que os serviços de saúde promovam avaliações contínuas, com vistas a conhecer os principais obstáculos para uma assistência de qualidade e segura. É imprescindível compreender todos os processos envolvidos no cuidado, com a finalidade de promover a implementação de ações com foco na melhoria da assistência.⁽³⁾

Considera-se como principal limitação desta RI a possibilidade de perdas de estudos indexados em outras bases de dados. Salienta-se que vieses de publicação podem estar relacionados às particularidades de cada instituição sede onde foram realizados os estudos incluídos na revisão.

Conclusão

Os estudos analisados a partir dessa revisão integrativa mostraram desafios relacionados à assistência obstétrica com qualidade e segurança materna segundo os indicadores de estrutura, processo e resultado. O instrumento SCC pode ser utilizado como uma ferramenta de boas práticas para promover segurança da paciente, redução de eventos adversos e tomada de decisão qualificada.

Recomenda-se a realização de estudos baseados em indicadores com o objetivo de promover uma assistência segura, um cuidado obstétrico direcionado às necessidades individuais da paciente e consolidação das evidências científicas, com vistas ao avanço da prática obstétrica.

Referências

1. Rodrigues GT, Pereira ALF, Pessanha PSA, Penna LHG. Incidents in the care provided to parturient women and newborns: the perspective of nurses and physicians. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200075.
2. Ferreira J, Geremia DS, Geremia F, Celuppi IC, Tombini LHT, Souza JB. Avaliação da estratégia saúde da família à luz da tríade de Donabedian. [Assessment of the family health strategy in the light of donabedian triad.] *Av Enferm*. 2021;39(1):63-73. Português
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2014 [cited 2022 Dec 3]. 103 p. Available from:

<https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>

4. Pereira PCJ, Roquete FF, Miranda WD. Aplicabilidade das ferramentas da qualidade nos processos dos serviços de saúde: uma revisão integrativa (2010-2020). [Applicability of quality tools in health services processes: an integrative review (2010-2020).] Rev. Gestão e Saúde. 2022;13(2):35-46. Português
5. Schopf K, Vendruscolo C, Silva CB, Geremia DS, Souza AL, Angonese LL. Quaternary prevention: from social medicalization to integral care on the Primary Health Care. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210178.
6. Sousa KM, Pimenta IDSF, Fernández Elorriaga M, Saturno-Hernandez PJ, Rosendo TMSS, Freitas MR, et al. Multicentre cross-sectional study on adverse events and good practices in maternity wards in Brazil and Mexico: same problems, different magnitude. BMJ Open. 2019;9(12): e030944.
7. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. BJOG. 2015;122(8):1045-9.
8. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.
9. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(3):508-11.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do Paciente [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2023 Jun 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73.
12. Critical Appraisal Skills Programme. Critical appraisal checklist [Internet]. [Oxford]; c2023 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
13. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. Am J Nurs. 2010;110(7):47-52.
14. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
15. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MCD, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. Rev Gaucha Enferm. 2020;41(Spec No):e20190171.

16. Rönnerhag M, Severinsson E, Haruna M, Berggren I. Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nurs Health Sci.* 2018;20(3):331-7.
17. Custódio RJM, Kapassi LB, Alves DT, Barros AF, Melo MC, Boeckmann LMM, et al. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. *Cogit Enferm.* 2021;26:e:74752.
18. Saxena M, Srivastava A, Dwivedi P, Bhattacharyya S. Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. *PLoS One.* 2018;13(9): e0204607.
19. Clark RRS, Lake ET. Association of clinical nursing work environment with quality and safety in maternity care in the United States. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(5):265-70.
20. Ederer C, König-Bachmann M, Romano I, Knobloch R, Zenzmaier C. Midwives' perception of patient safety culture-A qualitative study. *Midwifery.* 2019;71:33-41.
21. Abawollo HS, Tsegaye ZT, Desta BF, Mamo TT, Mamo HG, Mehari ZT, et al. Implementing a modified World Health Organization safe childbirth checklist in health centers of Ethiopia: a pre and post intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):77.
22. Doria S, Diba F, Susanti SS, Vollmer S, Monfared IG. Mothers' experiences of quality of care and potential benefits of implementing the WHO safe childbirth checklist: a case study of Aceh Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):461.
23. Martijn L, Jacobs A, Amelink-Verburg M, Wentzel R, Buitendijk S, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:219.
24. Madzimbamuto FD, Ray SC, Mogobe KD, Ramogola-Masire D, Phillips R, Haverkamp M, et al. A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:231.
25. Gama ZAS, Saturno-Hernandez PJ, Caldas ACSG, Freitas MR, Mendonça AEO, Medeiros CAS, et al. AGRASS questionnaire: assessment of risk management in health care. *Rev Saude Publica.* 2020;54:21.
26. Ünver GT, Seren AKH. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. *J Nurs Manag.* 2018;26(5):579-86.
27. Mudhune S, Phiri SC, Prescott MR, McCarthy EA, Banda A, Haimbe P, et al. Improving the quality of childbirth services in Zambia through introduction of the Safe Childbirth Checklist and systems-focused mentorship. *PLoS One.* 2020;15(12): e0244310.
28. Patabendige M, Senanayake H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(12).

29. Molina RL, Villar J, Reyes A, Elliott J, Begley M, Johnson M, et al. Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145(1):101-9.
30. Schmiedhofer M, Derksen C, Dietl JE, Haeussler F, Strametz R, Huener B, et al. The impact of a communication training on the birth experience: qualitative interviews with mothers after giving birth at obstetric university departments in Germany. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18):11481.
31. Costa LD, Warmling KM, Dal Cero T, Dalorsolleta K, Zonta FNS, Trevisan MG, et al. Adherence of professionals to good obstetric practices and interventions performed with parturients. *Rev Rene.* 2021;22:e61474.
32. Organização Mundial de Saúde. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2017. 61 p.

APÊNDICE F - ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DA PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Resumo

Objetivo: analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos. **Método:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, a partir da análise de prontuários. A pesquisa foi realizada na maternidade de um hospital universitário localizado em Recife-PE. A população do estudo foram os prontuários das mulheres que pariram na Unidade entre os meses de junho a setembro de 2022. Entre os meses de agosto a novembro de 2023 a avaliação do indicador de estrutura ocorreu através da observação *in loco* e a avaliação do processo e resultado foi realizada a partir da plataforma Qualiparto. Foi realizada a análise descritiva dos indicadores de estrutura, bem como dos indicadores de processo e resultado (eventos adversos). **Resultados:** Com relação ao indicador de estrutura a Unidade não conta com UTI obstétrica, apresenta insuficiência de insumos. Dentre os indicadores de processo observou-se baixa adesão ao partograma. O Evento Adverso materno mais comum foi o retorno da mulher ao centro cirúrgico e o EA neonatal mais encontrado foi a internação de recém-nascido com peso maior que 2500 gramas em UTI. **Conclusão:** A análise dos indicadores de qualidade com base na tríade estrutura, processo e resultado, apontou que o Centro Obstétrico estudado apresenta obstáculos que interferem na prestação de uma assistência segura e de qualidade. Sendo necessário o planejamento de ações com o foco na melhoria da assistência.

INTRODUÇÃO

A definição de qualidade nos serviços de saúde é complexa, diante disso a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca definir qualidade com base em sete atributos: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/ acesso, eficiência, equidade e a integração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Na avaliação da qualidade de um serviço, Donabedian (1980) sugere que sejam considerados os elementos da tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura é entendida como os recursos físicos, materiais, insumos hospitalares e o financiamento dos serviços. O processo engloba as práticas realizadas durante a prestação da assistência. O resultado está relacionado ao produto final do cuidado.

No monitoramento da qualidade dos serviços de saúde é importante que sejam utilizados indicadores, os quais nos permitem, na medida do possível, avaliar e identificar oportunidades de melhorias dentro dos serviços de saúde e promover mudanças positivas com relação à qualidade (CALDANA *et al.*, 2011).

Saturno-Hernandez (2015) sugere que estes indicadores tenham como base a tríade de Donabedian (1980) e relação com um dos atributos da qualidade, dentre estes destaca-se a segurança do paciente (SATURNO-HERNANDEZ, 2015). Esta pode ser conceituada como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário decorrente do cuidado de saúde (ANVISA, 2014a).

Na prática diária, todo evento ou circunstância que poderia ter causado ou não dano ao paciente é considerado incidente. Quando este incidente não atinge o paciente, ou é detectado antes, recebe a denominação de *near miss* (quase erro). Quando atinge, mas não causa danos, é chamado de incidente sem danos. Quando resulta em dano, é nomeado de evento adverso (EA), tendo como consequências o prolongamento do tempo de internação e sua associação com o óbito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Na assistência obstétrica a importância de adotar medidas que reduzam os riscos de incidentes, se justifica pelo elevado número de pacientes envolvidos e pelas peculiaridades intrínsecas a este período; é essencial que sejam adotadas medidas pautadas nas melhores evidências científicas e na segurança do paciente (ANVISA, 2014b). Anualmente no mundo são realizados cerca de 130 milhões de partos. Destes, 303.000 (0,2%) sucedem em óbito materno, 2,6 milhões de natimortos e outros 2,7 milhões de recém-nascidos que vêm a óbito nos primeiros 28 dias de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Dentre os EA peculiares a assistência obstétrica destaca-se: morte materna, eclâmpsia, rotura uterina, lacerações perineais, dentre outros e que trazem um elevado impacto na vida da mulher. Estes incidentes têm relação direta com falhas no decorrer da assistência e condutas inadequadas na gestação e no parto (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A morte materna é considerada um evento adverso grave, sendo de extrema importância conhecer suas causas através do perfil epidemiológico e dados relacionados aos cuidados prestados, e através desses avaliar as medidas que poderiam ter sido implementadas na prevenção deste óbito (MARTINS; SILVA, 2018).

Diante do elevado número de óbitos, foi firmado um compromisso mundial para redução da mortalidade materna, a Declaração do Milênio, no ano 2000. Ela tinha como uma das suas metas a redução de três quartos da mortalidade materna até 2015, conforme a Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), porém muitos países, inclusive o Brasil, não conseguiram atingir êxito, permanecendo assim com uma agenda inconclusiva (MOTTA; MOREIRA, 2021).

Após Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015, foram estabelecidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre suas pactuações, “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem estar em todas as idades”. Um dos seus tópicos (Meta 3.1) propõe “até 2030 reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos” (ONU, 2015, p. 45). O Governo Federal brasileiro em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) adaptou a

meta para a realidade local, redefinindo-a para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2018).

Apesar dos avanços conquistados com a melhoria do acesso aos serviços de saúde, pode-se perceber que somente isso não foi suficiente para obtenção de bons resultados na assistência à mulher. O maior obstáculo para que ocorra uma redução significativa no número de mortes maternas é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados durante todo o processo de gestação, parto e puerpério (SAXENA *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2018).

No intuito de melhorar a qualidade do cuidado e a segurança no momento do parto, a OMS, desenvolveu o *Safe Childbirth Checklist* (SCC), em 2008, para que as maternidades pudessem ofertar uma assistência padronizada em relação aos riscos relacionados ao parto. Esse instrumento busca ajudar os profissionais de saúde a prestarem um cuidado de alta qualidade, desde a admissão da mulher até o momento da alta, além de tornar a comunicação interprofissional mais efetiva e direta (OMS, 2017).

Estudo realizado na Etiópia avaliou as mudanças ocorridas após a implantação do SCC com relação à disponibilidade de suprimentos essenciais para o parto e a adesão dos profissionais a Prática Baseadas em Evidências. Observou-se que após um ano da implantação do instrumento, houve melhora na disponibilidade dos insumos hospitalares essenciais para o parto e pós-parto, além de ter aumentado a adesão dos profissionais às práticas baseadas em evidências relacionadas a processo de parturição (ABAWOLLO *et al.*, 2021).

Além disso, é necessário envolver a gestante no planejamento do cuidado a ser ofertado (CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019). Esse modo de fornecer cuidado permite que as pacientes produzam junto com os profissionais de saúde uma reflexão crítica e compartilhada de sua vivência sobre a gestação, parto e puerpério (SILVA *et al.*, 2022).

Através das ações de educação em saúde é possível fornecer informações adequadas, claras e relevantes a essas mulheres, para que elas se sintam seguras em participar ativamente do trabalho de parto. Mulheres empoderadas e informadas terão experiências mais satisfatórias e participarão junto com a equipe de saúde na prevenção dos Near Miss e dos eventos adversos (RÖNNERHAG *et al.*, 2018).

A enfermagem vem atuando junto à gestante no ciclo gravídico puerperal buscando reduzir a ocorrência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e como consequência a redução dos casos de violência obstétrica. O enfermeiro, além de ofertar um cuidado baseado em evidências, atua nas ações de educação e saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2022).

Diante do exposto, observa-se a importância de ofertar um cuidado de qualidade para redução dos índices de mortalidade materna e neonatal. Os profissionais de saúde e as gestantes precisam ser sensibilizados sobre as barreiras para redução do risco da ocorrência de eventos adversos, dentre eles o óbito. Assim, faz-se necessário o monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança do paciente no intuito de traçar estratégias para melhoria da assistência.

Portanto objetiva-se analisar o desempenho dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica segundo a estrutura, adesão às boas práticas e ocorrência de eventos adversos.

Método

Desenho do estudo, local e população

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva, e retrospectiva, a partir de dados primários. O local de pesquisa é um hospital universitário da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), público localizado em Recife-PE. O hospital investigado é referência em atendimento de gestação de alto risco. A população do estudo foi constituída pelos prontuários mulheres que pariram por via vaginal ou cirurgia cesárea no hospital investigado, durante o período de junho a setembro de 2022.

Instrumentos e Coleta de Dados

Na verificação do indicador de estrutura, foi utilizado o Instrumento de Avaliação do Indicador de Estrutura construído pela pesquisadora e avaliado pela orientadora do estudo, um Instrumento de Avaliação do Indicador de Estrutura com base na Lista de Verificação de Parto Seguro - Brasil (LVPS-BR) previamente adaptado e validado para o contexto brasileiro (CARVALHO *et al.*, 2018), nos protocolos Básicos de Segurança do Paciente instituídos pelas portarias GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e na Resolução nº 36, de 8 de junho de 2008.

Na avaliação do indicador de processo e resultado foram avaliadas as práticas presentes na Plataforma QualiParto². A Plataforma QualiParto é um *software* que realiza o monitoramento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal a partir da coleta, armazenamento e avaliação automática dos dados, gerando gráficos run chart, relacionados

² Link de acesso à Plataforma QualiParto: <http://qualiparto.ccs.ufrn.br/>

aos eventos adversos, boas práticas e adesão ao checklist de parto seguro da OMS adaptado e validado para realidade brasileira.

A variáveis relativas ao indicador de estrutura se relacionaram ao processo de cuidado, as condições de infraestrutura, a planta física, os materiais médico hospitalares, o quantitativo de profissionais que atuam na unidade, número de leitos obstétricos disponíveis, as dúvidas relacionadas a pesquisa foram solucionadas pelos funcionários atuantes no setor no momento da coleta.

As variáveis de interesse do estudo contemplaram todos os indicadores de processo e resultados com relação à adesão às boas práticas e ocorrência dos eventos adversos apresentados neste tópico.

A coleta foi realizada pela autora da pesquisa com o apoio de auxiliares de pesquisa devidamente treinados com relação à leitura dos prontuários e preenchimento do instrumento. No treinamento disponibilizou-se um roteiro de Procedimento Operacional Padrão (POP) a fim de deixar claro os procedimentos relacionados ao processo de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2023, e foi dividida em dois momentos: Momento 1: Observação da estrutura da unidade, e contato com a gerente de enfermagem em caso de dúvidas; Momento 2: Análise dos prontuários, conduzida pela pesquisadora e a equipe de auxiliares de pesquisa mediante uma escala de coleta de dados.

A observação da estrutura ocorreu *in loco* direcionadas pelo Instrumento de Avaliação do Indicador de Estrutura.

A coleta de dados com relação ao processo e estrutura ocorreu na Central de Documentação Clínica do hospital investigado que conta com apenas um computador para a realização de pesquisas. Nele foi criada uma pasta com os prontuários digitalizados, que só eram acessados na presença da pesquisadora principal. Os prontuários físicos ficavam de posse da responsável pelo setor e eram cedidos de acordo com a necessidade das pesquisadoras.

A pesquisadora principal fazia a análise dos prontuários quanto a presença de rasuras, abreviações, as informações relativas aos cuidados com a gestante e o desfecho desse. Os dados eram transmitidos para as auxiliares que preenchiam o instrumento de coleta, foram analisados em média de 10 a 15 prontuários diariamente.

Análise e Tratamento de Dados

Realizou-se uma análise descritiva dos indicadores de estrutura, bem como dos indicadores de processo e resultado (eventos adversos). As análises descritivas relativas aos indicadores de processo foram realizadas no *software* Jamovi, versão 2.3 (THE JAMOV PROJECT, 2022). Já as análises relacionadas aos indicadores de resultado (eventos adversos) foram realizadas a partir do *software* QualiParto (QUALIPARTO, 2020).

Os dados inseridos na QualiParto são consolidados e originam um relatório de avaliação, abrangendo a análise do desempenho dos indicadores de qualidade do parto. O relatório completo pode ser criado e transferido da plataforma no formato PDF. Esses relatórios são elaborados levando em conta todas as coletas realizadas pelo hospital, oferecendo a flexibilidade de adaptar a produção do relatório de acordo com o período de coleta desejado. Além disso, é possível selecionar gráficos de indicadores específicos conforme as necessidades do serviço (SOUZA, 2020).

Por serem raros os EA no cuidado obstétrico, os indicadores simples da plataforma Quali Parto são organizados em indicadores compostos, e dão origem a outras três medidas de assistência ao parto, os mesmos foram utilizados na análise desse estudo:

- **Índice de Resultados Adversos–IRA** (do inglês *Adverse Outcome Index-AOI*): porcentagem de partos com um ou mais eventos adversos.
- **Escore Ponderado de Resultado Adverso–EPRA** (do inglês *Weighted Adverse Outcome Score-WAOS*): soma dos pontos atribuídos aos casos com resultados adversos divididos pelo total de partos analisados.
- **Índice de Gravidade-IG** (do inglês *Severity Index-SI*) soma dos escores dos resultados adversos dividido pelo número de partos complicados pelos EA;

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa científica em seres humanos, com dispensa de apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer (6.239.699) e no Comitê Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE sob o parecer (6.102.124).

Caracterização da amostra de mulheres e motivo de internação

A partir das características sociodemográficas das gestantes analisadas, evidenciou-se que a maioria possuía idade entre 19 e 25 anos (29,03%), escolaridade no ensino fundamental incompleto/completo (51,61%). Acerca das condições maternas um maior número de gestantes encontrava-se com idade gestacional entre 35 a 38 semanas (50,32%), na primeira gestação (36,77%), sem partos anteriores (37,42%) e com um aborto (12,90%). O principal motivo que levou o internamento dessas gestantes foi a hipertensão gestacional sem gravidade (n=55) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e condições maternas das gestantes internadas no período do estudo. Recife- PE, 2023

Variáveis	N	%
Idade		
14 a 18 anos	19	12,26
19 a 25 anos	45	29,03
26 a 30 anos	35	22,58
31 a 34 anos	26	16,77
35 a 41 anos	26	16,77
42 anos ou mais	04	2,58
TOTAL		
Escolaridade		
Fundamental I incompleto/completo	60	38,71
Fundamental II incompleto/completo	80	51,61
Superior incompleto/completo	09	5,81
Outros	02	1,29
Sem informação	04	2,58
Idade Gestacional		
<29 semanas	01	0,64
30 a 34 semanas	07	4,52
35 a 38 semanas	78	50,32
39 a 42 semanas	69	44,52
Número de gestações		
01 gestação	57	36,77
02 gestações	38	24,52
03 a 04 gestações	44	28,39
05 ou mais gestações	16	10,32
Número de Partos		
Sem partos anteriores	58	37,42
Até 1 partos	43	27,74
02 partos	27	17,42
03 a 04 partos	23	14,84
05 ou mais partos	04	2,58
Aborto		
Até 01	20	12,90

02 abortos	8	5,16
03 ou mais	1	0,64
Motivo da Internação		
Hipertensão Gestacional sem gravidade	55	21,15
Pré-eclâmpsia	48	18,46
Hipertensão Crônica	21	8,08
Eclampsia	01	0,38
Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional	35	13,46
Diabetes <i>Mellitus</i>	06	2,31
Hipertensão Crônica	21	8,08
Obesidade	13	5
Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	10	3,85
Alterações do Líquido Amniótico	8	3,08
Crescimento Intrauterino Restrito	7	2,69
Trabalho de Parto Prematuro	7	2,69
*Outros	28	10,77

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

*Outros (Trabalho de Parto Prematuro, Toxoplasmose, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, esclerose sistêmica, anemia, lúpus, infecção de trato urinário, taquicardia fetal, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, febre reumática, Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, Sepsis, Hepatite C).

**O número de observações é maior que o tamanho da amostra, pois alguns motivos de internamento se repetiam.

6.2 Caracterização dos prontuários

Dos prontuários analisados 62,58% (n=97) foram digitalizados e 37,42% (n=58) disponibilizados no formato físico. Desses 99,3% (n=150) apresentavam a identificação dos profissionais que prestaram assistência à mulher e ao recém-nascido durante período de internação com nome completo, número do registro do conselho profissional e assinatura, 84,52% (n=131) apresentavam rasuras, todos os prontuários apresentavam em alguns registros do prontuário, como no diagnóstico, via de administração do medicamento. O motivo do internamento foi especificado em 98,06% (n=152) dos prontuários, sendo que em 1,94% (n=03) não foi informada a causa da internação na Unidade.

6.3 Indicadores de Estrutura

O hospital não tem Unidade de Terapia Intensiva obstétrica. Assim, as pacientes que apresentam complicações são encaminhadas para a UTI geral do referido hospital.

O Centro Obstétrico conta com 06 enfermarias coletivas, sendo 02 leitos específicos, posto de enfermagem, salas para o conforto dos profissionais sendo um dos enfermeiros, um

dos médicos e outras dos residentes, sala de enfermagem, copa e expurgo. Além disso, o Centro Obstétrico não possui quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), a mulher ao atingir 10 centímetros de dilatação é encaminhada para o Bloco Cirúrgico. Esse Bloco conta com 02 salas para Parto Normal, sendo 01 para curetagem e 01 para realização de cirurgia cesárea, não dispõe de sala de recuperação pós-cesárea. No momento da observação da pesquisa estava com os 16 leitos ocupados, além de 15 leitos extras, caracterizados como superlotação.

Com relação à presença de dos materiais e equipamentos a dispõem de camas com grades distribuídas nas seis enfermarias do COB, cadeira de roda, aparelhos do tipo sonar para a ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs), foco de luz, fita métrica, estetoscópios, esfigmomanômetros, glicosímetro, bombas de infusão, monitores cardíacos e cardiotocógrafo. Observou-se a ausência piso antiderrapante e uma grande quantidade de obstáculos nos corredores (ex: bombas de infusão, carrinho de parada e cadeira de rodas).

Com relação às medicações disponíveis no posto de enfermagem, houve destaque para presença da ocitocina, do sulfato de magnésio (10% e 50%), antibióticos comuns utilizados na clínica obstétrica (cefalotina, ampicilina, cefazolina e gentamicina), antirretrovirais, insulina, misoprostol, nifedipina, hidralazina, metilergometrina, dexametasona. No momento da coleta de dados, estava ausente a betametasona utilizada como acelerador de maturidade pulmonar do feto, o balão de tamponamento intrauterino e o traje antichoque não-pneumático. Os indicadores de estrutura estão descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Categorização dos indicadores de estrutura. Recife-PE, 2023

Categoria Profissional	Quantidade
Enfermeiro Obstetra	14
Médicos Obstetras	38
Neonatalogista	02 neonatalogistas disponíveis por plantão
Técnicos de Enfermagem	35
Enfermeiro Generalista	04
Maqueiro	01
Número de leitos	
Obstetrícia	16
Neonatologia	10
Número de Nascimentos	
Junho	205

Julho	240
Agosto	251
Setembro	239
Número de Partos	
Vaginais	61
Cesárea	94
Bloco Cirúrgico/Sala de Parto	
Parto Normal	02
Curetagem	01
Cirúrgico	01
Equipamentos	
Camas com grades	16
Cadeira de roda	01
Sonar	05
Foco de luz	01
Fita Métrica	01
Estetoscópio	03
Esfigmomanômetro	07
Glicosímetro	01
Bomba de infusão	11

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

6.4 Indicadores de Processo

A média da idade gestacional das mulheres assistidas foi de 38 semanas o desvio padrão foi de $\pm 2,26$, com valor máximo de 41 semanas e mínimo de 24 semanas. Dias de internação, a média foi de 2,43 dias com e desvio padrão de $\pm 2,52$, sendo o tempo máximo de internação de 29 dias.

Um percentual de 60,65% (n=94) das parturientes foram submetidas à cesariana e 39,35% (n=61) ao parto normal. A indicação da cesariana foi registrada em 93,6% (n=88) dos prontuários e 6,4% (n=6) não apresentava qualquer registro relacionado à indicação.

A Unidade utiliza nas cirurgias cesáreas um checklist adaptado da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, o qual tem como objetivo fortalecer as práticas de segurança

e promover uma melhor comunicação entre a multidisciplinar. O instrumento foi utilizado em 92,55% (n=87) das cirurgias tipo cesárea.

Sobre o cumprimento das boas práticas, foram seguidas no atendimento de 64,1% das parturientes e em 50,95% da assistência ao RN. A administração de ocitocina para a profilaxia de Hemorragia pós-parto (HPP) foi a prática mais registrada em 96,77% (n=150) dos prontuários analisados, seguida pela presença do acompanhante em 86,5% (n=134) e clampeamento Oportuno do cordão umbilical em 78,71% (n=122) (Tabela 2).

Tabela 2 – Boas Práticas Maternas e Neonatais segundo registros dos prontuários analisados. Recife-PE, 2023.

Tipo de Prática	N	%
Práticas maternas		
Ocitocina para profilaxia de HPP	150	96,77%
Presença do acompanhante	134	86,5%
Iniciou o partograma	14	9,03%
Práticas Neonatais		
Clampeamento Oportuno do cordão umbilical	122	78,71%
Vitamina K	82	52,9%
Iniciou contato pele a pele	76	49%
Recém-nascido iniciou amamentação após o parto	36	23,2%

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

6.5 Indicadores de Resultado

O quadro 3 indica que na análise dos prontuários, foram encontrados 51 eventos adversos relacionados ao cuidado materno dentre eles o mais incidentes foi a Hemorragia Pós-Parto (n=15). De acordo com o EA considerados pela plataforma Qualiparto que estão relacionados aos indicadores propostos por Mann et al., (2006), o mais comum foi o retorno da mulher a sala de cirurgia (n=13) seguido de encaminhamento para UTI (n = 07). No período do estudo não aconteceram mortes maternas.

Quadro 3 - Presença de Complicações Obstétricas segundo registro em prontuários. Recife-PE, 2023

Evento Adversos	Quantidade
------------------------	-------------------

Hemorragia Pós-Parto	15
Retorno à Sala de cirurgia	13
Transfusão sanguínea	04
Encaminhamento para UTI	7
Tocotraumatismo	04
Choque Séptico	01
Infecção Puerperal	05
Episiotomia	01
Histerectomia	01

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

A figura 1 mostra o percentual de eventos adversos com 8,1% para retorno à sala de parto ou cirurgia.

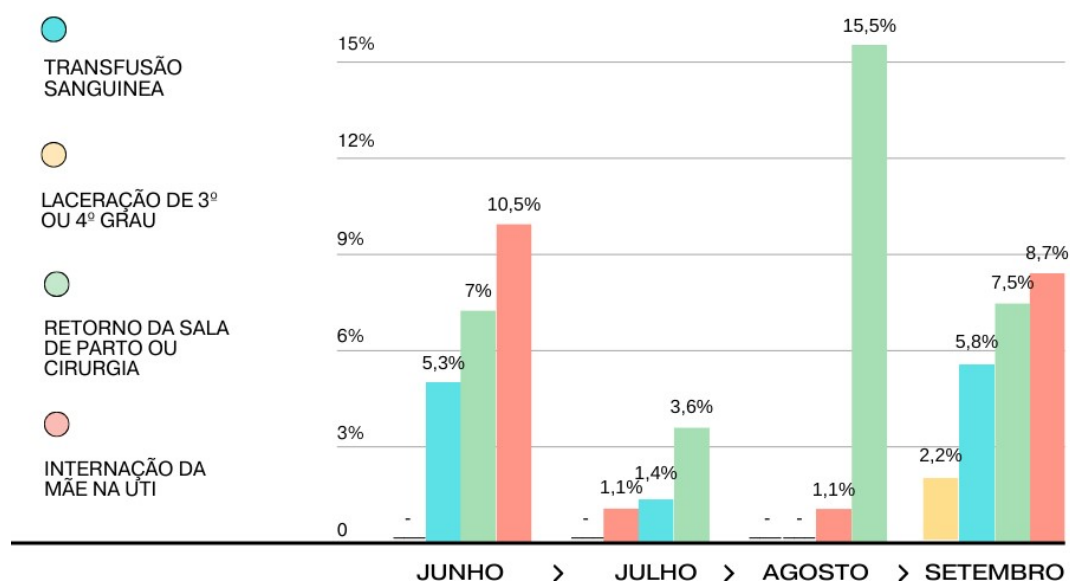
Figura 1 – Ocorrência de Eventos Adversos Maternos. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto, 2023.

A figura 2 o gráfico de tendencia relacionada as complicações e eventos adversos maternos. Observa-se no mês de junho um valor elevado de internações em UTI fato que não é visto nos outros meses analisados. Com relação ao retorno a sala de cirurgia houve um maior número de internamentos nos meses agosto e junho, agosto e setembro.

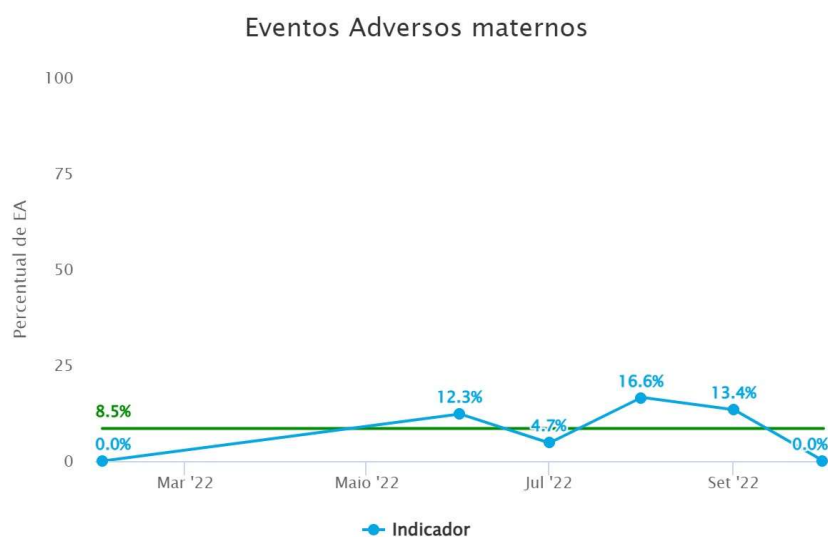
Figura 2 – Tendência de complicações e eventos adversos maternos entre os meses de junho a setembro. Recife-PE, 2023.



Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

A figura 3 mostra que houve uma maior ocorrência de EA entre os meses de agosto e setembro com 16,6% e 13,4%, respectivamente.

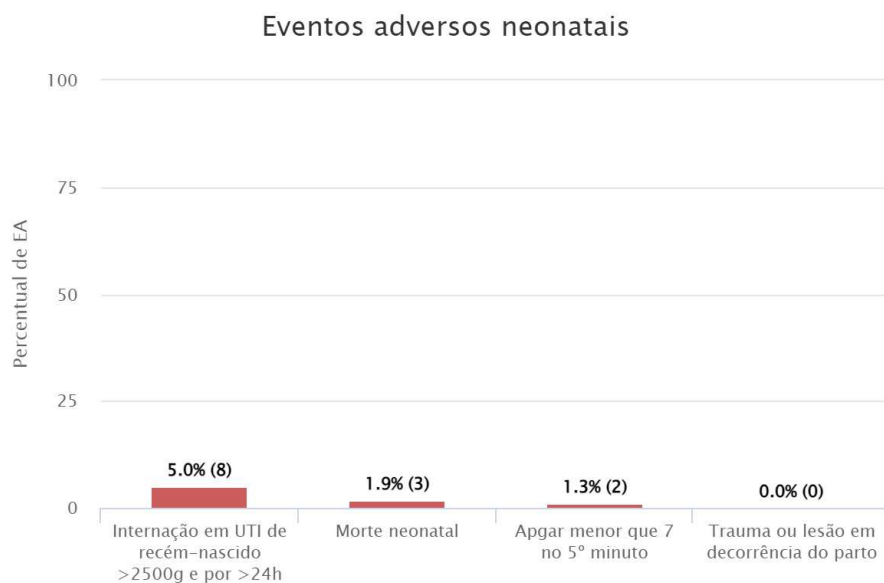
Figura 3 – Ocorrência de eventos adversos maternos por meses. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

Com relação aos eventos adversos neonatais, a internação de recém-nascido com mais de 2.500 gramas por um período superior a 24 horas teve a maior ocorrência 4,3% (n=7) seguido de morte neonatal 1,9% (n=3) (Figura 4).

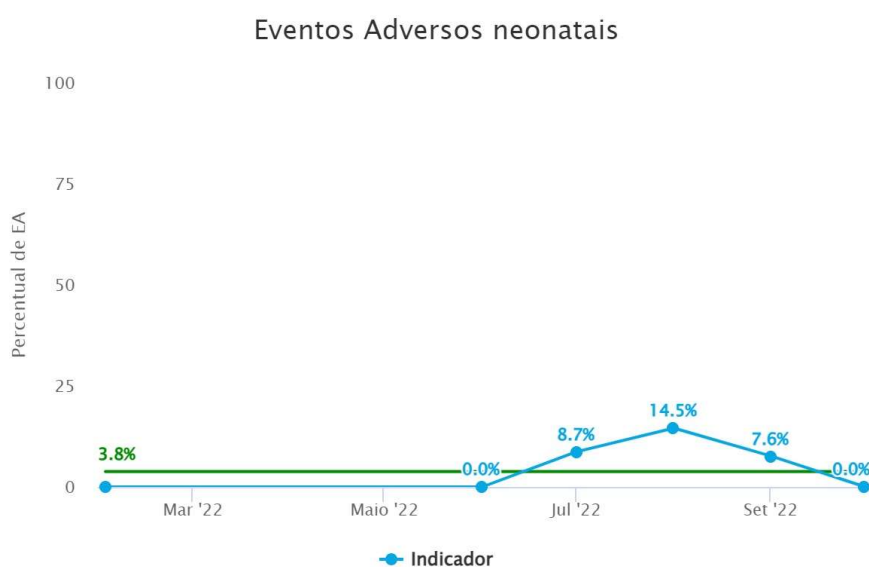
Figura 4 – Ocorrência de Eventos Adversos Neonatais. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

O maior percentual de EA neonatais ocorreu no mês de agosto (14,5%) (Figura 5).

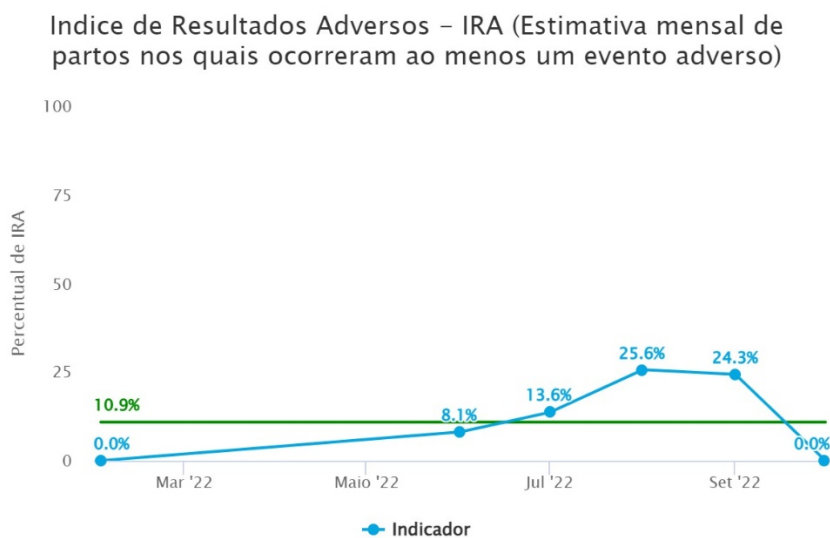
Figura 5 – Ocorrência de Eventos Adversos Neonatais por meses. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

A partir da utilização da Plataforma Qualiparto considerando a mediana (10,9%), constatou-se a ocorrência de pelo menos um Evento Adverso em 25,6% dos partos que aconteceram na Instituição no mês de agosto e em 24,3% dos partos no mês de setembro (Figura 6).

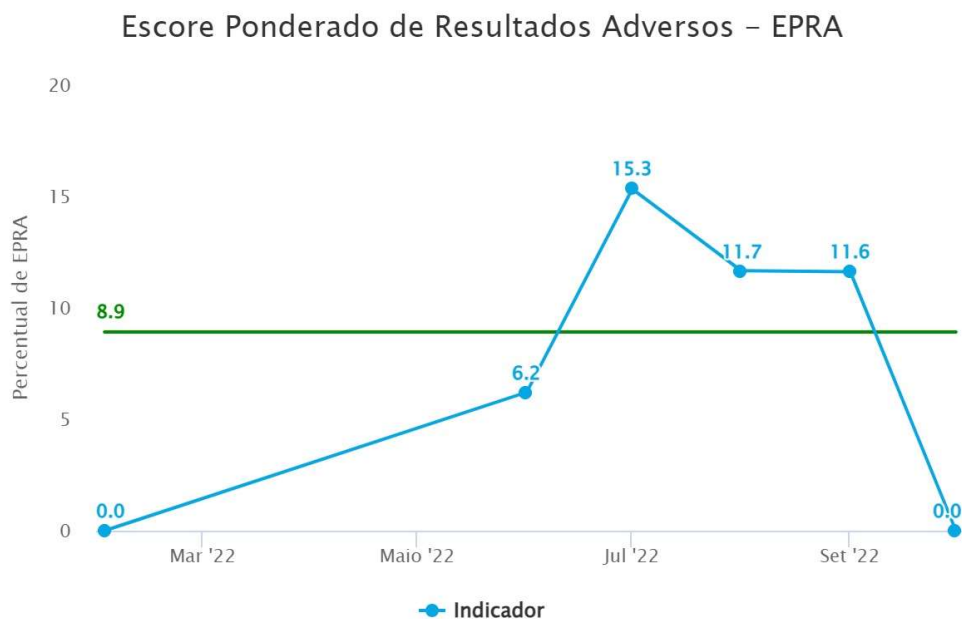
Figura 6 – Gráfico *run chart* relacionado a incidência de EA em 2022. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

Dos partos analisados o mês de julho apresentou um maior Escore Ponderado de Resultado Adverso (EPRA), 15,3%. Esse dado representa um maior número da EA graves no mês (Figura 7).

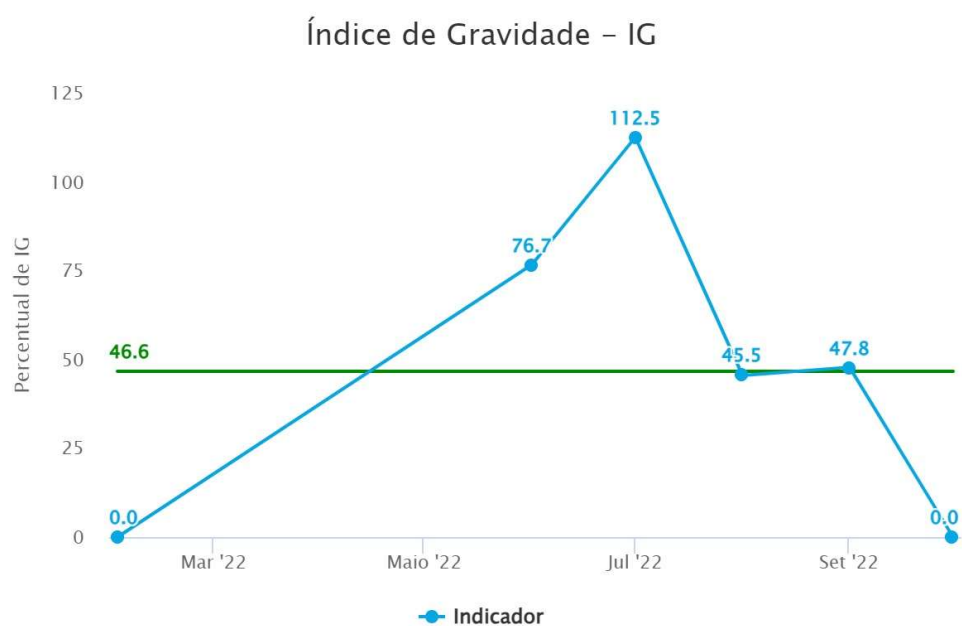
Figura 7 – Gráfico *Run Chart* relacionado ao EPRA. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

A Figura 8 pode-se observar um maior Índice de Gravidade (IG) nos partos realizados no mês de julho (112,5), ou seja, ocorreu um maior número de partos com eventos adversos e com maior gravidade, sendo mês de agosto com menor IG (45,5).

Figura 8 – Gráfico *Run Chart* relacionado ao IG. Recife-PE, 2023.



Fonte: Dados extraídos da Plataforma Qualiparto.

DISCUSSÃO

O ambiente da maternidade exerce influência no trabalho de parto. A transformação do espaço hospitalar em um ambiente acolhedor e favorável no desenvolvimento das boas práticas, permite uma experiência positiva para a mulher (PASCHE *et al.*,2021). Os achados desta pesquisa demonstram que a Unidade não dispõe de quartos PPP, conta apenas com salas de pré-parto coletivas e sala de parto e apenas um banheiro para todas as mulheres que estão internadas, não favorecendo a privacidade e dificultando a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Pesquisa realizada em 606 maternidades públicas e privadas no Brasil no ano de 2015, descreve a mesma realidade, sendo comum encontrar unidades com a presença de quartos coletivos e poucos hospitais aderiram a recomendação da utilização de quartos PPP. Além disso, os banheiros disponíveis não eram exclusivos com água quente no chuveiro, indicando que a mulher não teve acesso a esse método não farmacológico de alívio da dor e não teve sua privacidade respeitada, fator que interfere na fisiologia do parto (PASCHE *et al.*,2021).

No centro obstétrico não é mais recomendada a utilização de salas de pré-parto e parto, de acordo com a RDC 36/2008 que estabelece sobre os padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, os serviços que prestam assistência a mulher durante o trabalho de parto devem contar com quarto PPP, o qual permite a mulher vivenciar os três estágios do parto no mesmo local, não sendo necessário seu deslocamento para o Centro Cirúrgico durante o período expulsivo. Esse modelo de assistência permite a adoção das boas práticas e maior ofertar dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (PASCHE *et al.*,2021).

Com relação a estrutura física da Unidade foi observado a ausência de piso antiderrapante e a presença de muitos materiais nos corredores como macas, bombas de infusão, cadeiras de rodas, esfigmomanômetro com pedestal, contribuindo para a ocorrência de quedas tanto para as gestantes quanto puérperas.

As quedas estão entre os Eventos Adversos (EA) mais comuns no ambiente hospitalar, isso se deve ao ambiente desconhecido, somado a fatores como demência, incontinência, problemas de equilíbrio, mobilidade e visão. Estudo realizado em hospital no Sul do Brasil acreditado pela *Joint Commission International*, apontou que houve uma incidência de queda de 1,70/ 1000 pacientes-dia no período de 2011-2015 (LUZIA *et al.*, 2018).

Na maternidade além desses fatores pode-se destacar a frouxidão articular, mudança no centro gravitacional devido ao aumento abdominal e secreção da relaxina

(YANG et al,2023). No estudo realizado na Nigéria 27% das gestantes internadas sofreram um episódio de queda não intencional, dado que é comparável com o percentual de queda de pessoas com mais de 65 anos (DUNNING et al.,2010).

A ANVISA (2013) buscando reduzir a ocorrência de quedas nos serviços de saúde recomenda a avaliação do risco através de uma escala específica de acordo com o perfil do paciente, ela deve ser aplicada diariamente. A Unidade de Saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, deve promover a criação de um ambiente seguro, com: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos.

A insuficiência de matérias também impacta na qualidade da assistência e na segurança, na unidade alguns materiais essenciais para o cuidado da parturiente com complicações estava em falta. Profissionais de saúde que trabalhavam em um pronto-socorro afirmam que a insuficiência de materiais contribui para sobrecarga, pois o quantitativo insuficiente leva os profissionais a compartilharem materiais como monitor cardíaco, esfigmomanômetro (SILVA *et al*,2023). Na Índia a falta de insumos como lâminas de bisturi levou os profissionais a reutilizarem o material após lavagem e limpeza em solução desinfetante, expondo o paciente ao risco de contaminação (SAXENA *et al*,2018).

O documento da ANVISA sobre Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal, recomenda que os serviços de atenção materna e neonatal devem possuir equipamentos e materiais de acordo com sua complexidade e demanda do serviço. Ele lista os materiais necessário para a assistência ao parto normal e ao parto com distocia (ANVISA,2014a).

Com relação ao indicador de processo observa-se maior prevalência de partos cesáreos, fato que pode estar relacionado a complexidade de atendimento na Unidade. Dentre os países da América Latina o Brasil destaca-se como a segunda maior taxa de partos cesarianos (BOERMA et al.,2018). De acordo com o inquérito nascer no Brasil entre os anos de 2011-2012, dos partos realizados 52% foram por cirurgia cesárea (FIOCRUZ,2012).

Corroborando com os achados, pesquisa realizada com os dados disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referentes ao ano de 2017 apontaram que taxas de cesarianas nesse ano foram 55,3%. As taxas de cesariana elevadas foram encontradas em todas as regiões do Brasil, sendo as regiões com maiores taxas o Sudeste, Sul e Centro-Oeste, local onde a população tem um maior poder aquisitivo (DIAS et al.,2022)

Na cidade de Botucatu em São Paulo, foi realizado um estudo de coorte com uma população de 591 mães e recém-nascido (RN) até completar um ano. Ele permitiu identificar os desfechos perinatais relacionados a cesariana, dentre eles estava a menor adesão as boas práticas, RNs nascido por essa via de parto tiveram 13 vezes menos chances de realizar o

contato pele a pele, interferindo também no início da amamentação, pois houve a separação precoce do binômio. Outro dado relevante foi que, esses neonatos tiveram duas vezes mais chance de serem admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (FERRARI et al.,2020).

Segundo a OMS (2015) a taxa ideal de cesárea seria de 10 a 15%, quando realizada por motivos médicos pode trazer benefícios na redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Porém, não há evidências do seu benefício em mulheres sem indicação clínica. Além disso, o procedimento pode acarretar um maior número de desfechos negativos imediatos e a longo prazo (OMS,2015).

A incorporação das boas práticas no parto e nascimento contribuem para a redução de intervenções desnecessária e para redução da morbimortalidade materna e neonatal. O não cumprimento dessas recomendações configura negligência e iatrogenia (PEREIRA et al.,2018). Dentre as boas práticas recomendadas pelo OMS destaca-se a utilização do partograma, presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, contato pele a pele e amamentação na primeira hora (OMS,1996).

No presente estudo observou-se que ainda é baixa o cumprimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, dentre as mais executadas destaca-se a administração de ocitocina, presença do acompanhante e o clampeamento oportuno do cordão umbilical e a menos praticada foi a utilização do partograma.

Estudo realizado em Centro de Parto Normal (CPN) do Rio de Janeiro onde os partos são realizados por enfermeiras obstetras, o acompanhante esteve presente em 98,9% dos partos, o partograma foi utilizado 99,9% dos partos, garantindo maior segurança, por proporcionar o monitoramento da evolução do trabalho de parto (TP), e a ocitocina profilática foi administrada em 94,1% das parturientes (MEDINA et al.,2023).

Os partos conduzidos por essas profissionais apresentam menor chance de intervenções, maior satisfação da mulher com o cuidado recebido, menor ocorrência de EA para o binômio. Nos ambientes hospitalares há maior probabilidade da realização da cirurgia cesárea, maior risco de trauma perineal grave e mais mulheres evoluem com hemorragia após o parto (MEDINA et al,2023a).

O indicador de resultados corresponde ao desfecho da assistência na vida do usuário. A análise dos eventos adversos (EA) é fundamental para a melhoria da qualidade, pois através dele é possível conhecer os aspectos que precisam ser melhorados para garantir uma assistência segura ao paciente (NASCIMENTO et al.,2008). No presente estudo a frequência dos EA foi baixa, porém apresentaram alto poder de gravidade com 7,1% (n=12) das puérperas retornando à sala de cirurgia e 4,2% (n=7) encaminhadas a UTI.

Resultado semelhante foi observado em estudo realizado em uma maternidade de alto risco em Corrientes, das 1914 parturientes atendidas, apenas 42 apresentaram EA, desses 19 foram classificados como graves, contribuindo para o aumento do tempo de internação e maiores custos com tratamento. Metade desses EA ocorreram no período do puerpério e foram atribuídos a hemorragia pós-parto, reintervenções e readmissões (MORALES et al,2020).

Hospital no Rio de Janeiro com perfil semelhante ao do estudo, afirma que a taxa elevada de cesárea estava relacionada as desordens das pacientes admitidas, como: ao perfil das pacientes admitidas síndromes hipertensivas, intercorrências no trabalho de parto e sofrimento fetal agudo, o que tem correlação com os EA. Os procedimentos cirúrgicos em obstetrícia favorecem a infecção pós-parto, infecção de ferida operatória, necessidade de internação em UTI, hemorragias e hemotransusão (OLIVEIRA et al.,2020).

Contribuindo com o achado, pesquisa realizada em duas maternidades de Maceió, aponta 43% dos EA ocorridos levaram a mulher a ser admitida em UTI, a receber hemotransusão e a retorna à sala de cirurgia, fato que pode estar relacionado com a correção de algum incidente ocorrido durante a assistência a mulher. Esses desfechos podem ser influenciados pela complexidade do caso, assim como pelas dificuldades operacionais e assistenciais enfrentadas durante o manejo do parto e nascimento (OLIVEIRA et al,2020).

A notificação dos EA é obrigatória para todos os profissionais de saúde, e cabe a gestão hospitalar sensibilizar os profissionais sobre a importância dessa prática para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente (FRANCHI et al.2020). Estudo realizado em maternidades da Noruega aponta que menos de 10% dos EA são notificadas as autoridades competentes, fator que interfere de forma negativa no planejamento de ações relacionadas a gestão de risco e na prevenção de lesões futuras (JOHANSEN et al,2021).

No intuito de reduzir a ocorrência de EA relacionados a assistência obstétrica a OMS elaborou o *Safe Childbirth Checklist (SCC)*. Ele é uma ferramenta simples, mas eficaz que auxilia na execução dos processos de trabalho e favorece uma melhor comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado (OMS,2015).

Ele apresenta 29 itens que se relacionam com o manejo das principais causas de óbitos maternos, tais como hemorragia, hipertensão, infecções e complicações maternas e neonatais relacionadas com o parto e pós-parto (OMS,2015). O Hospital onde a estudo foi realizado não utiliza o SCC, fator que pode contribuir para menor adesão as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

É necessário que os gestores e profissionais de saúde que trabalham diretamente no cuidado dessas mulheres e RN sejam sensibilizados sobre a importância desse instrumento na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Além de melhorar a comunicação, relação interprofissional e direcionar as condutas da equipe, tendo em vista que apresenta informações fundamentais para um cuidado seguro (CUSTÓDIO et al,2021).

A utilização da tríade de Donabedian, nesse estudo, permitiu uma análise dos três componentes fundamentais de Estrutura, Processo e Resultados. A partir dos resultados encontrados é possível traçar planos de ação mais efetivos e com foco redução de eventos adversos.

As limitações desse estudo estão associadas a baixa qualidade dos registros dos prontuários, o que contribui para a omissão de informações e a ausência de dados. Os resultados desse estudo não podem ser generalizados para outras instituições, pois são dados que retratam a realidade local. Esse estudo serve como incentivo para a realização de mais pesquisa com foco na melhoria qualidade e segurança da assistência obstétrica e neonatal a partir da utilização de indicadores para avaliação do cuidado.

Conclusão

A análise dos indicadores de qualidade com base na tríade estrutura, processo e resultado, evidenciou que o Centro Obstétrico apresenta diversos obstáculos que podem interferir na qualidade da assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para aumentar a ocorrência de desfechos desfavoráveis para as mulheres e os recém-nascidos.

Com relação aos indicadores de estrutura foi observado inadequações na infraestrutura que interferiram na privacidade da mulher e na oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, insuficiência de medicamentos e equipamentos utilizados no manejo da emergência obstétrica e neonatal. Destaca-se também ausência de UTI especializada no cuidado obstétrico, por se tratar de um público com especificidades a falta de profissionais capacitados expõem a mulher ao maior de risco de incidentes.

Em relação ao indicador de processo verificou-se baixa adesão dos profissionais as boas práticas de atenção parto e nascimento, o que favorece o maior número de intervenções desnecessárias, o serviço apresenta taxas de cesárea acima do recomendado pela OMS, esse fato que dificulta a contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora. Dentre as práticas analisadas a menos executada foi a utilização do partograma, utilizado para o acompanhamento da progressão do trabalho de parto e das condições da mãe e bebê.

No indicador de resultado foi possível estabelecer uma relação com variáveis analisadas na estrutura e no processo. Os eventos adversos mais encontrados estão relacionados com o perfil das pacientes atendidas e também ao elevado número de cirurgias cesáreas, dentre eles temos: retorno a sala de cirurgia, internação materna e neonatal em UTI, morte neonatal.

Baseado nesses dados é possível evidenciar os principais riscos presentes no Centro Obstétrico estudado, e a partir disso estabelecer um planejamento de intervenções mais efetivas com foco na melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. É preciso maior empenho da instituição na adoção das boas práticas e respeito ao protagonismo da mulher no parto.

Recomenda-se que a instituições adote ciclos de monitoramento de indicadores, pois através desse é possível compreender as variações nos processos assistenciais e intervir de forma mais efetiva na prevenção de incidentes e eventos adversos.

REFERÊNCIAS

ABAWOLLO, H. S. *et al.* Implementing a modified World Health Organization safe childbirth checklist in health centers of Ethiopia: a pre and post intervention study. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 21, n. 77, p. 2-7, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03565-3>. Acesso em: 2 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/@@download/file/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, DF: Anvisa, 2012. Disponível em: [https://www.pncq.org.br/uploads/2018/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_2012_\(1\).pdf](https://www.pncq.org.br/uploads/2018/Manual_Limpeza_e_Desinfeccao_2012_(1).pdf). Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: Anvisa, 2014a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Investigação de Eventos Adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/5-investigacao_de_eventos-em-servicos-de-saude.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

AKBARI, N. *et al.* Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. **Pan Afr. Med. J.**, [s.l.], v. 27, p. 268, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660331/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

AQUINO, A.G. *et al.* Medicalização da assistência ao parto normal: Perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, v.44, p.01-17, 2023. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682023000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 14 fev. 2024.

BÁO, A. C. P. *et al.* Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 360–366, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYS9whxjSsm/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801–821, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, p. 1341-8, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322584/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?**. Brasília: Anvisa, 2017a.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr 2005: Seção 1: 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 569, de 1o de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Balança das ações. 20ª ed. Brasília. MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 2/2021**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms--0021464579--nota--tecnica-gestantes.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 53, n. 20, maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 2 dez. 2022.

CALDANA, G. *et al.* Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4185>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CARVALHO, Isis Cristiane Bezerra de Melo *et al.* Adaptation and validation of the World Health Organization's on Safe Childbirth Checklist for the Brazilian context. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 2, p. 401-418, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>. Acesso em: 2 out. 2022.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e190211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Acesso em: 14 fev. 2024.

CLARK, R. R. S.; LAKE, E. T. Association of Clinical Nursing Work Environment with Quality and Safety in Maternity Care in the United States. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 265-270, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584907/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CONDELES, P. C. *et al.* Fatores associados à procura por atendimento entre gestantes e puérperas com COVID-19. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/65662/42918>. Acesso em: 4 dez. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 4 dez. 2022.

COSTA, A. R. C.; IMOTO, A. M.; GOTTEMS, L. B. D. Videocase sobre a lista de verificação do parto seguro: sensibilização dos profissionais da saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 5, p. 13-19, 2019. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2355/627>. Acesso em: 2 dez. 2022.

CUSTÓDIO, R. J. M. *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74752/pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, e00073621. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttNQ6n3hg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttNQ6n3hg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DORIA, S. *et al.* Mothers' experiences of quality of care and potential benefits of implementing the WHO safe childbirth checklist: a case study of Aceh Indonesia. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 19, n. 461, 2019. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2625-8>. Acesso em: 3 out. 2022.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2022.

DUNNING, K.; LEMASTERS, G.; BHATTACHARYA, A. A major public health issue: the high incidence of falls during pregnancy. **Matern Child Health J**, v. 14, p. 720-5, 2010.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19672702/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

EDERER, C. *et al.* Midwives' perception of patient safety culture-A qualitative study. **Midwifery**, [s.l.], v. 71, p. 33-41, 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30641439/>. Acesso em: 3 out. 2022.

ESSWEIN, G. C. *et al.* Atenção à Saúde do bebê na Rede Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, e310311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310311>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 02, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>. Acesso em: 01 fev. 2020.

ETCHELLS, E.; HO, M.; SHOJANIA, K. G. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. **BMJ Qual Saf**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 202-206, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26717989/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

FÉLIX, H. C. R. *et al.* The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?lang=en>. Acesso em: 30 nov. 2022.

FERRARI, A. P. *et al.* Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879–888, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/GDFLb8rFvqSSBpHdDhcDwbG/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

FIGUEIREDO, K. N. R. S. *et al.* Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2303-2315, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15962021>. Acesso em: 3 dez. 2022.

FINEOUT-OVERHOLT, E. *et al.* Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. **Am. J. Nurs.**, [s.l.], v. 110, n. 7, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20574204/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil – Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)**. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 14 fev. 2024.

FOGLIA, L. M. *et al.* Accuracy of the Adverse Outcome Index: An Obstetrical Quality Measure. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, v. 41, n. 8, p. 370-7, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215526/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med.**, [s.l.], v. 23, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

FRANCHI, J. V. DE O. *et al.* Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3292, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPbnFcmHR8qWRjYbypzktK/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

FREITAS, G. L. de. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 11, n. 2, 2017. DOI: 10.5216/ree.v11.47053. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada em evidências: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/3975/3223>. Acesso em: 4 dez. 2022.

GAMA, S. G. N. *et al.* Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GAMA, Z. A. S. *et al.* AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>. Acesso em: 3 out. 2022.

GOUVÊA, C. S. D. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061–1078, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5nmQqzfNLg6HfwNJLpvh7rp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

JOHANSEN, L. T. *et al.* Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. **BMC Health Serv Res.**, v. 21, n. 1, p. 931, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34493278/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

LOPES, K. B. *et al.* Elaboração e validação de panfleto educativo sobre violência obstétrica para gestantes e puérperas. **CuidArte, Enferm.**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 214-222, jul./dez. 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.214-222.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2022.

LUZIA, M. F. *et al.* Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03308, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LPBtt7dsSktVXzmX8vgRk8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MADZIMBAMUTO, F. D. *et al.* A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 14, n. 231, 2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-231>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MANN, S. *et al.* Assessing quality in obstetrical care: development of standardized measures. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 32, n. 9, p. 497-505, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17987873/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 441–445, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nnFxQQRBL77dyycPmmBSynP/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARTIJN, L. *et al.* Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 13, n. 219, 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-219>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 677-683, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/?lang=en>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MEDINA, E. T. *et al.* Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. e00160822, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fzPT9ZS4btXFHmKnmTr8bFb/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MEDINA, E. T. *et al.* O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2065–2074, jul. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ySFKxh3xRJTdtgnJgJ3ZGG/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MOLINA, R. L. *et al.* Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. **Int J Gynaecol Obstet.**, [s.l.], v. 145, n. 1, p. 101-109, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702140/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MORALES, E. M. *et al.* Identificación y análisis de eventos adversos ocurridos durante la atención de embarazadas en un hospital de nivel IIIB. **Rev. argent. salud publica**, v.12, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118880>. Acesso em: 4 dez. 2022.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MUDHUNE, S. *et al.* Improving the quality of childbirth services in Zambia through introduction of the Safe Childbirth Checklist and systems-focused mentorship. **PLoS One**, [s.l.], v. 15, n. 12, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244310>. Acesso em: 4 dez. 2022.

NADABI, W. A.; FAISAL, M., MOHAMMED, M. A. Patient safety culture in Oman: a national study. **J Eval Clin Pract.**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 1406-1415, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749203/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

NASCIMENTO, C. C. P. *et al.* Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 746–751, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PHjsPjhsFLSfwW6xJFY8bVM/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

NASCIMENTO, D. E. M. *et al.* Vivências sobre violência obstétrica: boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 291, p. 8242–8253, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8242-825>. Acesso em: 4 dez. 2022.

OLIVEIRA, Thais da Costa *et al.* Adverse outcomes of childbirth in high-risk maternity hospitals. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2020, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vz6tHPPmjKyxzBs8WmwCPfs/?lang=en>. Acesso em: 3 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030** para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=4EDA51B15741AFCB90F44F658EC519C4?sequence=3. Acesso em: 14 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 3 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças**: décima revisão (CID-10). 4. ed. São Paulo: EDUSP, 1998. v. 2.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/OMS apresenta iniciativa para reduzir erros de medicação. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-8-2021-opasoms-apresenta-iniciativa-para-reduzir-erros-medicao>. Acesso em: 14 fev. 2024.

PATABENDIGE, M.; SENANAYAKE, H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 15, n. 12, 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0436-0>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PEDRONI, V. S. *et al.* Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>. Acesso em: 4 out. 2022.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?lang=en>. Acesso em: 4 out. 2022.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1313–1319, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Recife: A Secretaria, 2021. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024

PERNAMBUCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Recife: A Secretaria, 2022. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024

PINHEIRO, S. J. *et al.* Conceptions of health education practices in the context of Nursing Education. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 545-552, jul./ago. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4956/3657>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PINTO, V. R. S.; FERREIRA, S. C. M. Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study. **Online braz j nurs**, v.16, n. 1, p. 140-151, 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5481>. Acesso em: 14 fev. 2024.

QUALIPARTO, 2020. Disponível em: <http://qualiparto.ccs.ufrn.br/sobre>. Acesso em: 06 fev. 2024.

RODRIGUES, G. T. *et al.* Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/87PT7TjHdqWGkWHzxK8F8Zv/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

RÖNNERHAG, M. *et al.* Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. **Nurs Health Sci.**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 331-337, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30133927/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. *et al.* Construction and pilot test of a set of indicators to assess the implementation and effectiveness of the who safe childbirth checklist. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 154, 2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1797-y>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. **Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud**. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.

SAXENA, M. *et al.* Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. **PLoS One**, [s.l.], v. 13, n. 9, 2018. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204607>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0178>. Acesso em: 30 set. 2022.

SETIA, M. S. Methodology series module 3: cross-sectional studies. **Indian Journal of Dermatology**, [s.l.], v. 61, n. 3, p. 261-264, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27293245/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SILVA, F. P. *et al.* Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00952, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ht4XG3FCYGd5rVddPSW6cBJ/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SILVA, L. C. *et al.* Dimensionamento de pessoal e sua interferência na qualidade do cuidado. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 2, p. 491-498, fev. 2019b. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236551/31368>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SILVA, N. M. da *et al.* Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Cienc. Med. Biol.**, Salvador, v. 21, n. 2, p. 203-210, maio-ago, 2022.

SILVA, S. C. *et al.* Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SyJDqBZnM7NM33nnZMWxxRh/?lang=en>. Acesso em: 23 nov. 2022.

SILVA, W. C. *et al.* Análise e ocorrência de incidentes no âmbito hospitalar de uma maternidade pública. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, São Paulo, v. 34, 2019a. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1445/822>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SOUSA, K. M. **Qualidade da atenção obstétrica e neonatal**: boas práticas, eventos adversos e efeitos do checklist para parto seguro da OMS. 2020. 312 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29054>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUSA, K. M. *et al.* Multicentre cross-sectional study on adverse events and good practices in maternity wards in Brazil and Mexico: same problems, different magnitude. **BMJ open**, [s.l.], v. 9, n. 12, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e030944>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUZA, E. L. *et al.* Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 101, n. 5, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/172947>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2022.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. **Rev. Enferm.**, [s.l.], v. 86, n. 24, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/84>. Acesso em: 4 dez. 2022.

TEODORO, M. S. *et al.* Condicionantes e características da mortalidade materna no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7050.2021>. Acesso em: 01 fev. 2023.

THE JAMOVİ PROJECT. Jamovi (version 2.3). **Computer Software**. Disponível em: <https://www.jamovi.org/>. Acesso em: 17 out. 2023.

TINTORI, J. A. *et al.* Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>. Acesso em: 4 out. 2022.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann. Intern. Med.**, [s.l.], v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 4 out. 2022.

TUNÇALP, Ö. *et al.* Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. **BJOG**, [s.l.], v. 122, n. 8, p. 1045-1049, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25929823/>. Acesso em: 4 out. 2022.

ÜNVER, G. T.; SEREN, A. K. H. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. **J Nurs Manag.**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 579-586, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484755/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 4 dez. 2022.

VANDENBROUCKE, J. P. *et al.* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **Epidemiology**, [s.l.], v. 18, n. 6, p. 805-835, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049195/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, [s.l.], v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 16 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety Partnership for Safer Health Care.** 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf. Acesso em: 02 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on caesarean section rates.** Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities.** Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>. Acesso em: 3 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Childbirth Checklist.** Geneva: 2015c. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en/>. Acesso em: 06 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso em: 06 fev. 2024.

YANG, H. *et al.* Fall risk management in interventional prenatal diagnosis perioperative pregnant women based on tracking methodology and failure mode and effect analysis application. **Medicine (Baltimore)**, v. 102, n. 44, e35477, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37933047/>. Acesso em: 14 fev. 2024.