

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

**APLICAÇÃO DE *CHECK LIST* AMPLIADO PARA DETECÇÃO DE INCIDENTES
DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MEDICINA PERINATAL**

MARIA APARECIDA DOS SANTOS TRAVERZIM

São Paulo
2015

Maria Aparecida dos Santos Traverzim

**APLICAÇÃO DE *CHECK LIST* AMPLIADO PARA DETECÇÃO DE INCIDENTES
DE SEGURANÇA DE PACIENTES EM MEDICINA PERINATAL**

**USE OF EXTENDED CHECK LIST FOR THE DETECTION OF PATIENT SAFETY
INCIDENTS IN PERINATAL MEDICINE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – Uninove, como requisito parcial para a obtenção do grau de **mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti

São Paulo

2015

DEDICATÓRIA

A minha filha Sophia razão de tudo que eu faço, ao meu marido Decio pelo apoio incondicional, a minha mãe Maria por ser sempre o ponto de partida, ao meu pai Faria, que embora não mais fisicamente presente sempre foi e será meu maior incentivador e ao meu irmão Luciano, que sempre está ao meu lado quando preciso.

AGRADECIMENTO

A Deus por ter me dado força e saúde para eu enfrentar todas as dificuldades.

A esta Universidade, na figura de nossa pró reitora professora Maria Cristina Storópoli, por ter me dado a oportunidade de cursar esse mestrado que tanto me engrandeceu como pessoa e como profissional.

A minha orientadora professora Marcia Novaretti, que me guiou durante todo esse percurso, pois sem ela tenho convicção que nada disso seria possível. Professora Marcia obrigada por sua paciência, sua dedicação, suas incansáveis correções, enfim por ser dessa forma que a senhora é, saiba que sem a sua ajuda e orientação nunca teria chegado até aqui.

A todo o corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em Administração Gestão em Sistemas de Saúde, por nesses dois anos terem compartilhado comigo toda a sua sabedoria tentando dia a dia tornar-me uma melhor profissional.

Aos meus colegas de mestrado, que se tornaram não só amigos, mas sim uma família que sabiam me apoiar e me incentivar, quando o cansaço e o desamino insistiam em aparecer.

Ao meu grande amigo Sergio Makabe, que foi meu maior incentivador para que eu seguisse a carreira acadêmica, posso te dizer meu amigo que com toda a certeza valeu a pena.

A meu marido Decio e minha filha Sophia, que souberam dividir meu tempo com os períodos de estudo.

A minha mãe Maria e meu pai Faria que nunca pouparam esforços para eu seguir meu caminho nos estudos.

A meu irmão Luciano, que muitas vezes ficou comigo me ajudando na confecção das tabelas do meu trabalho, ou levando minha filha para brincar para que eu tivesse tempo para estudar.

Enfim a todos que participaram diretamente ou indiretamente na confecção desse trabalho, que muito me honra ter realizado.

“O estudo é de todas as virtudes, a que mais contribui para a nossa felicidade, pois é a única que não nos faz depender dos outros.”

Professora Júlia em homenagem a sua filha Marcia Novaretti

RESUMO

A segurança do paciente é uma dimensão de qualidade que tem recebido atenção crescente nos últimos anos. A detecção de incidentes na área tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência. Os incidentes e eventos adversos (EAs) deveriam ser relatados espontaneamente para que haja aprendizado e criação de barreiras para que não se repetam; porém, o receio de processos judiciais e punições leva a subnotificação. O objetivo deste estudo é avaliar sua incidência no período perinatal com o uso de um *check list* ampliado. A pesquisa utilizou o método indutivo, abordagem empírica com caráter exploratório, descritivo e transversal, e como estratégia a pesquisa-ação. Foram averiguados os atendimentos prestados a pacientes internadas na unidade de medicina perinatal, no período de 25 de junho a 25 de julho de 2015, quanto ao preenchimento adequado do partograma, dados do prontuário materno e do recém-nascido (RN). Também foi averiguado se a mãe apresentou, durante a internação na unidade: rotura uterina, alteração da via de parto durante o procedimento, retorno à sala cirúrgica durante a internação ou pós-alta hospitalar, parto instrumental, intercorrências no período puerperal ou morte materna. Entre os RNs, verificou-se a ocorrência de trauma neonatal devido ao parto, *Apgar* menor que 7 e morte com peso superior a 2.500g, além de investigação da vitalidade fetal adequada. Para mãe e recém-nascido, verificou-se se foi seguido o protocolo clínico da instituição e transfusão de hemocomponentes. Também avaliamos se esses componentes do *check list*, quando presentes, estavam relacionados a incidentes ou EAs no atendimento. O total de pacientes estudadas no período foi de 249, sendo detectados 97 EAs (38,9%). Destes, 27 (27,8%) foram detectados pelos *trigger points* tradicionais e 70 (72,8%) pelo *check list* ampliado. O índice de *Apgar* menor que 7 no quinto minuto foi detectado em 11 (11,3%) do total de EAs e 7 RNs (7,2% dos eventos) apresentaram algum tipo de trauma devido ao parto. 4 RNs (4,1%) foram admitidos na UTI com menos de 24h de nascimento. Observou-se que duas pacientes (2%) tiveram que ser submetidas a nova intervenção cirúrgica e que uma delas ainda continua em tratamento ambulatorial na unidade. Duas (2%) apresentaram lacerações de terceiro/quarto grau e uma (1%), rotura uterina diagnosticada no momento da cesárea. No *check list* ampliado detectamos falhas de medicamentos como causa de 20,6% de todos os EAs. O número de inobservância de protocolos clínicos da instituição também se mostrou com elevada incidência (39,2%). Nove pacientes (9,3%) apresentaram intercorrências no puerpério, duas (2,1%) necessitaram de interconsulta e uma (1%) de intercorrência anestésica.

Palavras-chave: incidentes de segurança, evento adverso, parto, recém-nascido, perinatal.

ABSTRACT

Patient safety is one of the dimensions of quality that has received increasing attention in recent years. The incident detection in patient safety aims to improve the quality of patient care. Incidents and adverse events (AEs) of patient safety should be reported spontaneously contributing for the apprenticeship and to create barriers so that they would not be repeated, but the fear of prosecution and punishment cause its underreporting. The objective of this study was to evaluate the incidence of patient safety incidents in the perinatal period with the use of an extended check list. This research used the inductive method, empirical approach with exploratory, descriptive, cross and as a strategy action research. Population sample was composed by admitted patients in the perinatal unit from June 25th to July 25th, 2015. We evaluated in maternal registry for proper completion of partogram, the patient chart and newborn data. We looked for: uterine rupture, changing the delivery type, returning to the operating room during hospitalization or after discharge, instrumental delivery, complications in the postpartum period, maternal death. In the newborn chart we collected information on neonatal trauma due to childbirth; research proper fetal vitality; Apgar score less than 7, and death of newborns weighing more than 2,500 g, and mother / newborn (NB). For both we looked for the detection of failure to follow the clinical protocol and blood components transfusion. We also evaluated whether these components of the check list were related to incidents or EAs in health care assistance. The total number of patients studied in the period was 249 patients, and we detected 97 AEs (38.9%). Of EAs, 27 (27.8%) were detected by traditional trigger points and 70 (72.8%) extended check list. The Apgar score less than 7 at the fifth minute was detected in 11 (11.3%) of all EAs and seven newborns (7.2% of events) had some type of trauma due to childbirth, 4 NB (4, 1%) were admitted to the ICU with less than 24 hours of birth. It was noted that two patients (2%) had to undergo to further surgery and one of them is still in outpatient treatment in the unit. Two patients (2%) had lacerations third / fourth degree and one patient (1%) uterine rupture diagnosed at the time of cesarean

section. In the extended check list we detected failure in medicines in 20.6% of all AEs. In this study we observed a high incidence of clinical protocols violation (39.2%). Nine patients (9.3%) had complications in the postpartum period, two (2.1%) required liaison and one patient (1%) anesthetic complications.

Keywords: security incidents, adverse event, childbirth, newborn, perinatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.1.1 Questão de pesquisa	18
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Geral	18
1.2.2 Específicos.....	19
1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	19
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3 MÉTODO E TÉCNICA DE PESQUISA	57
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	57
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	62
3.3 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS	63
3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	64
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	65
5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	81
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	82
REFERÊNCIAS	83
7 APÊNDICE	94
APÊNDICE A: CHECK LIST AMPLIADO PARA DETECÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA PERINATAL. DEVE SER PREENCHIDO POR OCASIÃO DA ALTA/ÓBITO DA PUÉRPERA/RECEM-NASCIDO.....	94
8 ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A obstetrícia é a uma especialidade da medicina que tem por finalidade o estudo dos fenômenos reprodutivos na mulher. Portanto, está relacionada à gestação, ao parto e ao puerpério (Montenegro e Rezende, 2010). A palavra obstetrícia vem do latim e é originária do verbo *obstare*, que significa “ficar ao lado”. Na visão contemporânea, a obstetrícia preocupa-se com a reprodução humana. Essa especialidade deve promover a saúde da gestante bem como de seu feto por meio de cuidados pré-natais de qualidade, os quais consistem na identificação e no tratamento das complicações, na supervisão do trabalho de parto e do nascimento, na atenção médica ao recém-nato e na condução do puerpério. Envolve cuidados de acompanhamento capazes de promover saúde e de prover opções de planejamento familiar (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2012).

Vários parâmetros relacionados à evolução materna e infantil são considerados indicadores de qualidade de vida e de saúde nas sociedades humanas; portanto, índices insatisfatórios estão associados a cuidados de saúde deficitários à população (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2012).

As maternidades são organizações de saúde de características peculiares, pois, além de cuidarem de dois indivíduos simultaneamente, prestam assistência, em grande parte, para o binômio mãe-filho sem que estes apresentem quaisquer patologias. Assim, a gestação e o parto, embora sejam processos fisiológicos, por vezes necessitam de intervenções que devem ser avaliadas minuciosamente considerando-se o risco/benefício para mãe e filho (Sousa & Mendes, 2014).

As organizações de saúde vêm progressivamente incorporando processos e medidas para que a assistência seja cada vez melhor. Para tanto, várias instituições têm buscado a acreditação/certificação de qualidade para testar a segurança dos processos assistenciais. Ainda assim, falhas na segurança do paciente têm sido documentadas. Tais falhas são de naturezas e gravidades diversas, podendo causar dano ao paciente (também chamado evento adverso) ou mesmo óbito.

A discussão sobre como os eventos adversos (EAs) podem ser responsáveis pela morte de pacientes nas unidades hospitalares começou a ganhar grande notoriedade em 2000, com a publicação da obra *To err is human* (Errar é Humano), que demonstrava que os cuidados de saúde nos Estados Unidos não eram tão seguros como se supunha e como poderiam ser.

Estimativas mostravam que, à época, deviam ocorrer entre 44.000 a 98.000 mortes nos hospitais americanos a cada ano, resultado de erros médicos que poderiam ter sido evitados. Assim, mesmo se considerarmos a estimativa mais baixa, os erros médicos evitáveis nos hospitais excedem as mortes atribuíveis a acidentes de carro, câncer de mama e Aids (Kohn, Corrigan & Donalson, 2000).

Segundo o *Institute of Medicine*, altas taxas de erros levando a consequências graves são mais prováveis de ocorrer em unidades de cuidados intensivos, salas de cirurgias e serviços de emergência. Além do alto custo em vidas humanas, estimou-se que, em 1999, erros médicos evitáveis gerassem custos totais entre 17 e 29 bilhões dólares por ano em hospitais do sistema norte-americano, segundo o relatório *Errar é Humano*. Os erros também são caros em termos de perda de confiança no sistema de saúde, diminuindo consequentemente a satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais que trabalham na área. A conclusão do relatório em 1999 foi que, à época, o *know-how* já existente poderia impedir muitos desses erros. O documento também definia como objetivo mínimo uma redução de 50% dos erros ao longo dos cinco anos seguintes à sua publicação. Em suas recomendações para atingir a meta, a comissão estabelecia um equilíbrio entre as iniciativas de regulamentação e de mercado e entre os papéis de profissionais e organizações. Uma das principais conclusões foi que a maioria dos erros não resultava de imprudência do indivíduo ou de ações de um grupo em particular, mas sim causada por sistemas defeituosos, processos e condições que levavam as pessoas a cometer falhas sem estarem preparadas para impedi-las (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Alberto Kaemmerer, diretor técnico médico-científico do Hospital Mãe de Deus, localizado em Porto Alegre, em 2009 referia que:

Desconheço qualquer atividade que ofereça mais risco à vida humana do que o BINÔMIO DOENÇA-HOSPITAL. Os hospitais, por mais seguros que sejam, são locais perigosos. A medicina é, portanto, permanentemente sujeita a riscos. Por melhor que sejam os hospitais e seus médicos, o risco jamais será eliminado deste tipo de atividade. Risco não é sinônimo de erro, eis que o último é decorrente da negligência, imperícia e imprudência do modelo assistencial adotado. Por sua vez, a medicina, ainda que para efeitos legais seja considerada como um curso terminal, não é um curso terminal, fato que torna inócua a busca de soluções no âmbito exclusivamente pedagógico que, mesmo quando equacionadas, não capacitam o médico na medida suficiente para o exercício mais seguro da profissão.

A partir de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a dar atenção especial ao tema segurança do paciente, tendo lançado a Aliança para a Segurança do Paciente (WHO, 2004). Com isso, várias iniciativas têm sido desenvolvidas com o objetivo de divulgar

temas relacionados à segurança do paciente, como a identificação correta do indivíduo, a cirurgia segura, medidas para aumentar o controle de infecções associadas à internação hospitalar e higienização de mãos, entre outras. Em 2009, a OMS, a partir de relatório que analisa, detalhadamente, os incidentes de segurança do paciente, propôs uma uniformização das terminologias relacionadas ao tema, de classificação e de investigação desses incidentes (WHO, 2009). Dessa forma, a OMS classifica como incidente de segurança do paciente um evento ou circunstância que pode resultar ou que resulta em dano desnecessário ao paciente. Dano é entendido como um processo que traz prejuízos à estrutura ou funções do organismo e/ou qualquer efeito danoso resultante, como doença, lesão, sofrimento, incapacidade, e em casos extremos, até morte. O dano pode ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009). Ainda nesse contexto, os incidentes de segurança podem ser classificados como: *ocorrência comunicável*, quando existe uma falha na assistência, mas que não atinge o paciente (por exemplo, há um equipamento quebrado mas que não é utilizado); *quase evento*, quando o dano não chegou a atingir o paciente, pois foi detectado antes que se completasse o processo (por exemplo, uma medicação de um paciente que quase foi administrada em outro); *evento sem danos*, quando, embora o paciente tenha sido afetado, não foram ocasionados danos mensuráveis (por exemplo, o medicamento prescrito a um paciente foi dado a outro que não tinha a necessidade de utilizar-se do mesmo, porém sem acarretar prejuízo); *incidente com danos ou evento adverso*, quando é observado dano ao paciente (por exemplo, uma cirurgia realizada do lado errado ou uma amputação de um membro por engano).

Há várias definições para o termo incidente de segurança (WHO 2011), como: dano limitado a uma parte da unidade, incondicionalmente da falha continuar ou não no sistema; eventualidade que atingiu o paciente devido, possivelmente, a um resultado clínico que se refletiu como sendo nocivo ou potencialmente nocivo; desvio negativo do considerado como o “ideal do cuidado” em uma unidade de saúde, que pode ser exemplificado pela substituição de medicamentos ou um tempo prolongado no qual o paciente deixa de receber cuidados.

No Brasil, a segurança do paciente tem sido objeto de ações do governo federal desde 1º de abril de 2013, quando foi publicada a portaria 529 do Ministério da Saúde, pela qual o país normatiza o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP tem quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema, sendo que a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos.

A portaria também estabelece os conceitos de cultura de segurança do paciente, tais

como: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança e pela de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e também que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Apesar dessa normativa, infelizmente, há reduzido número de pesquisas a respeito de EAs nos atendimentos hospitalares brasileiros até o momento (Carneiro, Bezerra, Camargo e Silva, Souza, Paranaguá & Branquinho, 2011; De Camargo Silva, Reis, Miasso, Santos & Cassiani, 2013; Novaretti, Santos, Quitério & Gallotti, 2014; Rosa & Perrine, 2003, Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas & Padilha, 2008). No que se refere à assistência obstétrica, o número é ainda menor, mas imprescindível que sejam envidados esforços para a detecção de EAs e incidentes de segurança nessa especialidade, pois ocorrências indesejadas podem ocasionar danos em dois indivíduos, o recém-nascido e sua mãe.

Acredita-se que cerca de 13,6% dos EAs na assistência à saúde podem ocasionar a morte do paciente, como observado no estudo *Harvard Medical Practice Study* e citado por Zambon, 2012. Além do mais, no período perinatal, estudos demonstram que a taxa de mortalidade materna está relacionada diretamente à qualidade da assistência prestada no período gestacional (Vega, 2001).

A morte materna pode ser avaliada como sendo um EA dos mais graves e que na maioria das vezes é evitável. Dessa forma, torna-se necessário promover melhorias tanto na qualidade como na segurança dos cuidados prestados nas unidades perinatais. Para tanto, é de indiscutível relevância estabelecer o perfil dos EAs resultantes dos cuidados assistenciais nessas unidades para a realização das mudanças necessárias (Sousa & Mendes, 2014).

A taxa de mortalidade materna no Brasil ainda é elevada quando comparada àquela observada em outros países de índice de desenvolvimento humano (IDH) semelhante.

País	Posição IDH 2010	Taxa de mortalidade materna
Bósnia-Herzegovina	68	8
Macedônia	71	10
Irã	70	21
Armênia	76	30
Ucrânia	69	32
Belize	78	53
Brasil	73	56
Maurícia	72	60
Geórgia	74	67
Venezuela	75	92
Equador	77	110

FIGURA 1 - RELAÇÃO DE PAÍSES, POSIÇÃO DE IDH 2010 E TAXA DE MORTALIDADE MATERNA.
Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Index Mundi, 2010.

Segundo a OMS, a taxa de mortalidade materna ideal é abaixo de 10/100.000 nascidos vivos, considerada aceitável quando se encontra abaixo de 20/100.000 nascidos vivos. No Brasil, segundo estimativa do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2013 foi de 69/100.000, sendo que a meta conforme a OMS era diminuir essa taxa até 2015 para 35/100.000 nascidos vivos.

Outro aspecto a ser considerado é referente à morbidade e à mortalidade neonatal, que podem estar relacionadas a falhas na assistência durante a gestação ou durante o trabalho de parto. A incidência de morbidade e mortalidade neonatal decorrentes da hipóxia perinatal é variável em todo o mundo, atingindo 33/1.000 recém-nascidos vivos nos países em desenvolvimento. A maior parte dos casos de morbidade e mortalidade perinatal não pode ser evitada apenas com monitoramento do trabalho de parto, porém a insuficiência de ações apropriadas durante o período é considerada um dos fatores causadores dessa morbi/mortalidade (de Souza & Amorim, 2008). Em 2011, trabalho realizado em Belo Horizonte (MG) por Martins, Rezende, Lana & Souza relatou várias falhas no processo de assistência ao parto e nascimento em maternidades da capital mineira, levando a 65,6% dos óbitos perinatais no estado. Tais falhas ocorreram na admissão da gestante na maternidade (avaliação incompleta e demora no atendimento), no seu acompanhamento durante o trabalho de parto (intervalo dos controles materno-fetal superior ao recomendado, diagnóstico tardio das distocias do trabalho de parto e demora no manejo das complicações). O elevado percentual de falhas identificadas no processo de assistência hospitalar ao parto e nascimento em Belo Horizonte apontava já em 2011 que melhorias deveriam ser implantadas, desde a

admissão da gestante na maternidade até o atendimento ao recém-nascido na sala de parto para diminuição da morbi/mortalidade neonatal.

Ainda que várias estratégias tenham sido implementadas ultimamente na tentativa de redução da mortalidade materna, até o momento não houve sucesso. Desse modo, uma análise mais abrangente do problema, procurando focar no estudo das falhas da segurança perinatal, pode contribuir para um diagnóstico mais preciso da situação em maternidade brasileira e, com isso, propiciar a elaboração de estratégias para a redução do risco no binômio mãe-filho. Embora a preocupação com a mortalidade seja uma constante no mundo e mesmo sabendo que mortalidade e morbidade podem ser evitáveis, não existem muitos estudos a respeito de EAs na assistência obstétrica.

1.1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A detecção de eventos adversos é essencial para que não voltem a ocorrer, pois torna possível a criação de barreiras numa tentativa de evitar a reincidência. Por vezes, por medo de represálias e processos judiciais, profissionais tendem a não relatar espontaneamente a ocorrência de EAs e incidentes de segurança do paciente.

Várias ações foram preconizadas após a criação da Aliança Mundial da Segurança do paciente em 2004 pela OMS, entre elas a criação de *check list* (figura 2).

Desafio Global para a Segurança do Paciente pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras Salvam Vidas.

Pacientes pela Segurança do Paciente assegura que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde em todo o mundo.

Pesquisa em Segurança do Paciente envolve estudos internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.

Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.

Relato e Aprendizagem promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.

Soluções para Segurança do Paciente tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.

Alto 5S difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos, controle da medicação nas transições de cuidado, realização de procedimentos corretos nos sítios corretos, prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão e prevenção e redução de IRAS.

Tecnologia para segurança do paciente foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.

Gerenciando conhecimento irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.

Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.

Educação para cuidado seguro desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.

Prêmio de segurança envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.

Check lists para a área da saúde vêm desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como *check lists* para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

FIGURA 2: ÁREAS DE AÇÃO DO PROGRAMA SEGURANÇA DO PACIENTE DA OMS

Fonte:<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>

Os especialistas em obstetrícia e ginecologia estão cientes da necessidade de implementar estratégias que melhorem a qualidade e segurança do paciente e, portanto, com essa finalidade, dedicar-se amplamente e com empenho para atingir a melhoria ensejada. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) publicou, em 2009, manual sobre a qualidade e melhoria na saúde nos atendimentos prestados às pacientes obstétricas. Esforços devem ocorrer para identificar e conseqüentemente prevenir erros obstétricos e, portanto, causas de mortalidade e morbidade materna. O manual ACOG apresenta os objetivos de segurança do paciente que ginecologistas-obstetras devem seguir quando praticam os cuidados às pacientes e que incluem: o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente, a implementação de práticas de segurança recomendadas de medicamentos, redução da probabilidade de erros cirúrgicos, melhora da comunicação e cuidados de provedores de saúde e pacientes e priorização da segurança durante os atendimentos ginecológicos e obstétricos. Apesar disso, esses objetivos são gerais e requerem mais investigação, foco e direção para serem alcançados (Pronovost, Holzmueller, Ennen & Fox, 2011).

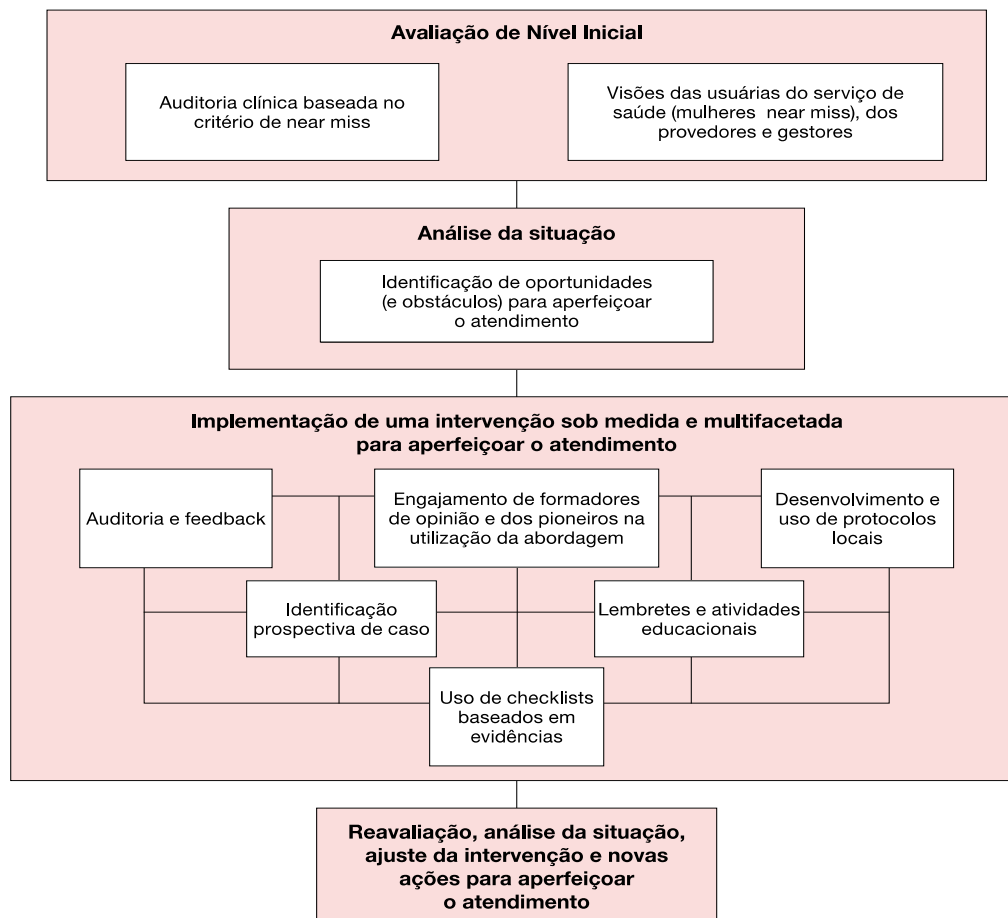
Aproximadamente 10% dos pacientes atendidos em estabelecimentos hospitalares poderão apresentar algum dano devido à prestação dos serviços médicos hospitalares. É responsabilidade do profissional da área procurar evitar que isso ocorra. No entanto, por fatores diversos, inclusive receio de processos judiciais, poucos profissionais registram e, ao final, analisam seus erros. Conseqüentemente, a aprendizagem decorrente a análise daquele erro e de seus fatores causais pode ficar comprometida. A primeira etapa para o desenvolvimento de um método eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente seria aumentar a visibilidade do dano e das falhas decorrentes dos cuidados de saúde (Lage, 2010).

Enfim, para a redução da mortalidade infantil e perinatal no Brasil, são necessárias medidas de aprimoramento em ações de saúde, principalmente a melhoria do acesso e qualidade da atenção pré-natal e atenção ao parto e nascimento. A adoção de medidas que busquem a melhor qualificação da assistência à gestante e ao recém-nascido é de fundamental importância, adequando a estruturação dos hospitais e o monitoramento do trabalho de parto, garantindo segurança no atendimento ao parto, conferindo um nascimento seguro e reduzindo dessa forma a mortalidade perinatal de causas evitáveis. A reestruturação do papel da atenção

dada à parturiente no pré-parto, muitas vezes deixada em segundo plano no dia-a-dia do trabalho dos hospitais e maternidades, é de vital importância, assim como a estrutura adequada das maternidades, que precisam contar com equipe treinada e, sobretudo, disponível para prestar o cuidado necessário. Como já descrito por Lansky e colaboradores em 2006:

De forma geral, o período entre o final da gravidez, o trabalho de parto e o momento do nascimento não recebeu ainda a atenção merecida do sistema de saúde. Neste momento, o risco de resultados adversos para a mulher e a criança é muito grande e os fatores de risco mais significativos para a morte fetal e neonatal também afetam profundamente a mortalidade materna, ainda muito elevada no país. Ganhos mútuos para a saúde materna e perinatal poderão ser alcançados, com redução significativa dessas mortes precoces, se as complicações do parto e nascimento forem antecipadas, reconhecidas e imediatamente atendidas, constituindo-se ações de saúde prioritárias para o país (Lansky, França, César, Monteiro & Leal, 2006, p 217).

Porém, não se deve pensar apenas na mortalidade materna ou perinatal. Laurent, em 1988, já alertava que indicadores como a mortalidade materna, são apenas a ponta do *iceberg*, pois há outro grande problema de maiores dimensões que é a morbidade materna grave (quase morte) ou *near miss* materno – conceito que difere daquele utilizado na literatura sobre segurança do paciente, neste contexto como “quase erro”. Quando falamos de mortalidade materna, temos que discutir também os casos de morbidade, ou *near miss* materno, que seria, segundo a OMS, o evento que levou a paciente a quase morte devido a uma complicação em decorrência da gravidez ou do parto ou num período até 42 dias pós-parto (WHO, 2009).



Fonte: Estrutura conceitual da abordagem do *near miss* WHO (2011)

1.1.1 Questão de pesquisa

De forma a direcionar a realização do estudo, foi proposta a seguinte questão principal de pesquisa: Como um *check list* ampliado pode ser usado para detecção de incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente em unidades perinatais?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Detectar incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente na área de medicina perinatal.

1.2.2 Específicos

- a) Evidenciar quais são os principais incidentes de segurança do paciente e eventos adversos na área em questão;
- b) Elencar estratégias de gestão com o propósito de diminuir a ocorrência dos incidentes de segurança do paciente;
- c) Propor estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, na qual os incidentes e eventos adversos sejam relatados espontaneamente;
- d) Elaborar instrumento de detecção de incidentes de segurança do paciente da área perinatal.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Os efeitos de um evento adverso em obstetrícia podem ser físicos, psicológicos e financeiros e ter um forte impacto sobre a criança, a família e os clínicos envolvidos. As famílias podem ser encarregadas do cuidado de uma criança, que poderá ter enormes necessidades presentes e futuras, e seu único recurso para a obtenção de apoio financeiro para atender a essas necessidades pode ser uma ação judicial contra o médico e a instituição responsável pela atenção dos cuidados (Cherouny, Federico, Haraden, Gullo & Resar, 2005).

Em 2008, a OMS estabeleceu um programa de segurança do parto baseado em lista de verificação, com o objetivo de determinar se uma ferramenta de baixo custo e de simples aplicação poderia ser utilizado. Foi então desenvolvido um *check list*, de acordo com a metodologia previamente estabelecido e testada, para ser utilizado em dez países da África e da Ásia. O programa *Childbirth Check list* da da OMS significou uma melhor prestação de práticas essenciais de segurança por profissionais de saúde na área obstétrica. Além disso, considerava-se a possibilidade de estudos futuros para determinar se o programa poderia ser implementado em maior escala e, assim, melhorar os resultados de saúde perinatais (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, Bahl, Meriald, Lemer & Gawande, 2012).

Outro problema detectado na assistência obstétrica trata da documentação incompleta do cuidado, que não só impede a comunicação entre os prestadores, mas também muitas vezes complica a defesa contra as alegações de negligência. Além disso, uma documentação incompleta ou ausente pode ser interpretada como falta de planejamento para uma

determinada ação, e lacunas na documentação tornam muito complicado justificar a razão da tomada da decisão. Outro problema potencial com a documentação pode ocorrer quando o prontuário médico contém declarações contraditórias, devido a diferenças de interpretações registradas por diferentes provedores. Comentários de cuidado perinatal (de casos e reclamações de análise individual) mostram que a má comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes contribui para que o cuidado não seja o ideal, aumentando o risco de uma alegação de negligência. Em estudo no qual levantaram-se os motivos das reivindicações devido a casos obstétricos e ginecológicos, mais de um terço dos eventos adversos foram associados a problemas comunicacionais, que vão desde mal entendidos por causa de uma falta de terminologia comum a atrasos ou até mesmo ausência total de comunicação (Cherouny, Federico, Haraden, Gullo & Resar, 2005).

No Brasil, 90% dos partos são realizados em ambiente hospitalar e 67,1% das mortes maternas são devido a causas obstétricas diretas, predominando os quadros hipertensivos. Embora os conceitos sejam claros em relação a o que seria o *near miss* materno, não há consenso na literatura quanto aos critérios definidores dos casos de morbidade grave ou mesmo morbidade extremamente grave ou *near miss*. A prevalência varia entre 0,80-8,23%, dependendo dos critérios de definição utilizados e da assistência à saúde oferecida na região, sendo que a definição da morbidade grave é de grande importância, pois permite o monitoramento do processo de atenção obstétrica podendo, dessa forma, qualificar o tratamento das urgências e emergências maternas, interrompendo o caminho que pode levar ao óbito (Amaral, Luz & Souza, 2007).

Exemplos como o do Reino Unido, que tem um programa bem estabelecido de Informações Confidenciais em Mortes Maternas e um sistema nacional de pesquisa em *near miss* materno, podem e devem ser seguidos. Sua criação permitiu revisões de casos pela utilização de inquéritos confidenciais para morbidade materna, seguidas de análises completas da incidência, dos fatores de risco observados e dos resultados das complicações mais graves na gestação. Com esses resultados, lições são aprendidas e, assim, todas as informações são utilizadas para melhorar os futuros atendimentos, pois ocorre a identificação mais rápida de fatores agravantes do risco. Tal investigação permite a inclusão de recomendações para a orientação nacional e, conseqüentemente, uma considerável melhora nos cuidados de saúde prestados às pacientes e seus bebês (Knight, Lews, Acosta, Kurunczuk, 2014).

A qualidade do atendimento é um conceito que envolve várias interfaces, como infraestrutura, processo de atendimento, acessibilidade, eficácia, impacto sobre os resultados de saúde e satisfação do cliente. Há uma série de práticas eficazes utilizadas para melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de maternidade, uma das quais é a implementação de revisões das mortes maternas. No entanto, como as mortes maternas acabam sendo em números absolutos menos frequentes, diferentemente da morbidade, a avaliação desta torna-se um passo fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados (Tunçalp e Souza, 2014).

As organizações de saúde são obrigadas a monitorar e medir a qualidade dos serviços de maternidade, mas a qualidade de medição é complexa e nenhum consenso universal existe sobre a melhor forma de medi-la. Os resultados clínicos e medidas de processo que são importantes para os interessados devem ser medidos, de preferência, em conjuntos padronizados para *benchmarking*. Além disso, uma interpretação holística da qualidade também deve refletir a experiência do paciente, de preferência integrados com medidas de resultado e de processo, em um conjunto equilibrado de indicadores de qualidade. Assim, poderíamos e deveríamos escolher um padrão, ou seja, um conjunto relevante de indicadores de qualidade, e, a partir dos dados coletados rotineiramente, apresentá-los de maneira que facilitaria a melhoria contínua da qualidade, tanto em nível local como nacional (Collins e Draycotti, 2015).

Outro aspecto a ser avaliado quando se trata de qualidade na assistência perinatal é a taxa de óbitos neonatais. Em estudo realizado de janeiro de 2001 a dezembro de 2003 no estado de São Paulo, observou-se que os partos foram pela via vaginal em 55% dos casos em que foi diagnosticada hipóxia neonatal. Entre os óbitos neonatais evitáveis associados à hipóxia, pode-se observar falhas na monitorização do trabalho de parto e do parto. A asfixia perinatal é consequência da falta de oxigenação adequada, podendo ser tanto intrauterina ou neonatal, originada no período peri-parto, no nascimento ou nos primeiros minutos de vida. A quantificação dos casos de hipóxia perinatal é uma medida sensível da qualidade de assistência prestada no período perinatal, tanto à gestante quanto ao recém-nascido, com um alto potencial de prevenção de mortes com o diagnóstico e tratamento precoces. A identificação de alterações durante o trabalho de parto demonstra a necessidade de ações antes que ocorram complicações, o que, desse modo, poderia reduzir os óbitos por asfixia em 30% a 45% e, em situações de urgência, levar à diminuição de 20% a 60% dessas mortes, como citado por Daripa & col. em 2013. O número de bebês não prematuros, também chamados

recém-nascidos a termo, e com peso superior a 2500 g que apresentam asfixia perinatal, hipóxia intrauterina ou síndrome de aspiração de mecônio como responsáveis ou contribuidores para a morte na primeira semana de vida demonstra a fragilidade da assistência perinatal no estado de maior desenvolvimento socioeconômico do Brasil (Daripa, Flores, Waldvogel, Guinsburg, & de Almeida, 2013).

A comunicação eficaz centrada no paciente facilita a interrupção e correção de condições potencialmente perigosas e, conseqüentemente, de erros. Todos os membros da equipe, incluindo os principais participantes desse processo, que são a mulher e seus familiares, assim como a equipe de saúde formada por médicos, obstetrias, enfermeiros e técnicos de enfermagem, têm um papel fundamental na identificação de problemas com potencial de gerar intercorrências danosas no período perinatal. No entanto, resultados de estudos de investigação realizados por organizações que representam os profissionais que cuidam de mulheres durante o parto e nascimento indicam que os prestadores de cuidados de saúde podem testemunhar problemas relativos à segurança, mas nem sempre os denunciam. Muitos destes prestadores de cuidados de saúde se apresentam coniventes com a continuação de tais problemas, por vezes, devido ao medo de represálias. Cada membro da equipe deve se sentir capacitado para falar sobre as preocupações com relação aos problemas relacionados à segurança do atendimento prestado, sem medo de humilhações ou retaliações, evitando assim que as pacientes recebam assistência de má qualidade. A segurança do paciente requer a responsabilização de todos os participantes do processo: dos indivíduos, das equipes, dos centros de saúde e das associações profissionais, pois todos têm responsabilidade mútua para a criação e manutenção de ambientes de respeito e na prática de cuidado perinatal altamente confiável e com os melhores resultados. Problemas com fatores humanos, comunicação e liderança geralmente são os principais contribuintes para o surgimento de eventos sentinelas na assistência perinatal, como reporta Lyndon et al. (Lyndon, Johnson, Bingham, Napolitano, Joseph, Maxfield & O'Keeffe, 2015).

Torna-se necessário o desenvolvimento de ferramentas que possibilitem a detecção desses incidentes em segurança do paciente, específicos para a área perinatal, para colocá-los em prática e, dessa forma, diagnosticar as falhas assistenciais e criar barreiras para que não voltem a ocorrer. Uma das formas de monitorar a qualidade em segurança do paciente é o desenvolvimento e utilização de *check list*, podendo ser baseado em pontos de gatilho que

levam, quando detectados, a uma auditoria do prontuário para a detecção de eventos e incidentes de segurança do paciente no atendimento prestado.

Portanto, este trabalho, que tem a premissa de utilizar um conjunto de indicadores para detecção de incidentes de segurança perinatal, está plenamente justificado.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação está estruturada de modo que, no capítulo dois, serão apresentados os polos teóricos pertinentes à questão principal da pesquisa, entre os quais se destacam: segurança do paciente, assistência perinatal e gestão de clínica perinatal. O capítulo três apresentará os procedimentos metodológicos detalhadamente elencados para responder à pergunta da pesquisa. O capítulo quatro será reservado para a apresentação e interpretação dos resultados à luz do conhecimento existente na literatura científica. O capítulo cinco abordará as conclusões da pesquisa baseando-se na teoria pertinente, bem como serão discutidas as limitações do trabalho. O capítulo seis será composto pelas recomendações e sugestões para futuros estudos e, finalmente, o capítulo sete apresentará as contribuições da pesquisa aqui apresentada para a prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os três principais polos teóricos desenvolvidos na pesquisa: segurança do paciente, assistência perinatal e gestão de clínica perinatal.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a WHO, em 2009, conceitua-se segurança do paciente como a “redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”.

O conceito de segurança do paciente implica que os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde se asseguram permanentemente que os tratamentos e intervenções que os seus doentes recebam não lhes causem danos, lesões ou complicações além dos consequentes à evolução natural da própria doença... (Ribas, 2010, p. 585).

A procura de assistência médica é motivada pela vontade de permanecer saudável ou de se restabelecer a saúde. Na consulta médica, nos exames complementares de diagnóstico ou no tratamento, as pessoas esperam encontrar respostas confiáveis que as assegurem da sua saúde ou que as ajudem na solução da doença que as aflige. Respostas confiáveis transmitidas por pessoas confiáveis. Esquecem, no entanto, que errar é humano e que os profissionais de saúde são tão humanos como os tantos outros trabalhadores. Porém, se errar é humano, reconhecer o erro e com isso desenvolver esforços para preveni-lo é inerente ao *Homo sapiens* (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes. 2010).

Os cuidados de saúde têm evoluído muito ao longo dos últimos 20 anos. O conhecimento referente às patologias e às inovações tecnológicas tem contribuído para aumentar a expectativa de vida. Contudo, um dos maiores desafios de hoje não é o da manutenção dos procedimentos clínicos mais atuais ou o mais sofisticado equipamento de alta tecnologia, mas a prestação de cuidados mais seguros em ambientes hospitalares, qualquer que seja o nível de complexidade. Nesses ambientes, os procedimentos e tratamentos muitas vezes podem dar errado. Os eventos adversos e incidentes podem e tendem a ocorrer. Muitos países já reconheceram que a segurança do paciente pode ter impacto na saúde e estão construindo formas e abordagens para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados. Também reconheceram a importância de educar os profissionais de saúde nos princípios e conceitos de segurança do paciente. A OMS conduz um comitê global para construir uma educação para a segurança do paciente, seus princípios e abordagens que levam a um futuro de cuidados de saúde e uma força de trabalho educada para a prática de cuidado centrado no paciente em

qualquer lugar do mundo, esforçando-se para o desenvolvimento de um guia com foco em uma visão multiprofissional e abordagem dos sistemas de saúde internacionalmente. A organização tem empreendido esforços junto a universidades e escolas de ciências da saúde para construir e integrar a aprendizagem em segurança do paciente nos currículos existentes, em colaboração também com governos de vários países, associações profissionais internacionais nas disciplinas de odontologia, medicina, obstetrícia, enfermagem e farmácia e suas associações de estudantes, tratando o tema como relevante para as necessidades e exigências dos ambientes de força de trabalho contemporâneas (WHO, 2011).

A abordagem antiquada dos erros referentes à assistência na saúde normalmente tende a culpar o profissional que oferece o atendimento direto ao paciente, ou seja, aqueles que atuam no que chamamos de “ponta” do atendimento: no médico que realiza a cirurgia ou o diagnóstico do paciente no pronto-socorro, na enfermeira que aplica a medicação intravenosa ou no farmacêutico que prepara as medicações. Porém, observamos nos últimos anos que tal enfoque ignora o fato de que erros também podem ser cometidos por indivíduos muito bem treinados – e que tais erros essencialmente ocorrem, pois não foram prevenidos. Muitos dos profissionais que cometem falhas são advertidos a terem mais cuidado, ou envergonhados publicamente, sendo por vezes demitidos ou processados, como se fossem os únicos responsáveis por tal problema (Wachter, 2013). A saída mais simples de todos os sistemas é de responsabilizar o trabalhador pelos erros – essa é a marca de um sistema que não reconhece as deficiências de suas concepções, atribuindo a responsabilidade pelo acidente ao operador, ou seja, aquele que está à frente do processo (Araújo, 2007).

Os fatores humanos devem ser considerados no campo da medicina, como são considerados na aviação. Estresse, fadiga, distrações, interrupções, problemas pessoais, interpretação de comunicação, erro de julgamento e falta de atenção aos detalhes são alguns exemplos poderosos de influência ao erro. Porém, o medo da punição e de processos tendem a fazer com que as notificações espontâneas de erros na assistência à saúde sejam omitidas pelos profissionais da área. Estudo demonstra que apenas 10% a 20% dos erros são comunicados (Griffin & Resar, 2009).

Como, infelizmente, a cultura do relato espontâneo dos erros ainda se encontra muito aquém do que seria o ideal, torna-se necessária a criação de instrumentos para detecção de EAs na área de saúde. Um meio utilizado para detecção de eventos e incidentes, quando os mesmos não são reportados espontaneamente, é a revisão do prontuário do paciente. A documentação formulada inadequadamente ou ausência de informação no prontuário podem estar associadas à própria ocorrência dos incidentes e EAs, por ser um instrumento que

proporciona à equipe multidisciplinar de cuidados informações necessárias para o atendimento específico e adequado de cada paciente. Por exemplo, no caso de um paciente alérgico à penicilina, a omissão dessa informação no prontuário poderia causar um EA no caso de administração inadvertida deste medicamento. Dessa forma, a avaliação das informações contidas no prontuário torna-se essencial no contexto da segurança do paciente, não apenas por ser fonte de dados para a avaliação da ocorrência de EA, mas por sua importância no cuidado prestado ao paciente e por se tratar de um indicador de qualidade dos serviços da saúde (Pavão, Andrade, Mendes, Martins & Travassos, 2013).

As unidades prestadoras de atenção à saúde necessitam de uma maneira eficaz para identificar eventos que causam danos aos pacientes como também os incidentes na assistência, a fim de quantificar a frequência e, caso tenha ocasionado dano, avaliar sua intensidade para selecionar e testar possíveis ações para reduzi-los. Com essa finalidade, o *Institute of Helthcare Improvement* (IHI) formulou uma ferramenta para medição de EAs, um método fácil de identificá-los com precisão e medir sua prevalência. O rastreamento de EAs é uma forma útil para avaliar se as intervenções implementadas após determinado diagnóstico estão ocasionando uma melhora na segurança dos processos de atendimento. A ferramenta *Trigger points*, revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de registros hospitalares de internação, usa "gatilhos" (ou pistas) que, quando observados no atendimento a um paciente, faz com que o prontuário seja melhor avaliado por profissionais previamente treinados para identificar se ocorreram EAs. Muitos hospitais têm usado essa ferramenta para identificação de EAs além da avaliação do nível de dano causado por cada um desses eventos e para observar se os mesmos estão sendo reduzidos ao longo do tempo. Em 2009, na segunda edição do *IDH Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*, foram acrescentados pontos de gatilho específicos para serem usados em unidades de assistência em medicina perinatal (Griffin & Resar, 2009).

Correa e Cardoso Jr., em 2007, baseados nos estudos de Reason (2000), publicaram que os erros humanos podem ser avaliados por duas percepções: aproximação pessoal e aproximação do sistema, sendo que dessa forma cada um possui um modelo próprio de causa dos erros e uma filosofia diferente de gerenciamento. A primeira visão, da aproximação pessoal, foca nos erros baseando os mesmos em atos inseguros, erros e violações de procedimentos. Assim, os atos inseguros acontecem por processos mentais aberrantes, como esquecimentos, desatenção, baixa motivação, falta de cuidado, negligência e imprudência, e as medidas preventivas estão focadas no sentido de se restringir a variabilidade indesejável do comportamento humano. Estes métodos incluem campanhas que apelam para o sentimento de

medo, solicitação de novos procedimentos ou alteração dos já existentes, medidas disciplinares, ameaça de litígio, reciclagem de treinamento, nomeando e envergonhando os culpados. Seus defensores cuidam do erro como um papel moral, referindo que coisas ruins acontecem com pessoas ruins. Na segunda visão, de aproximação do sistema, considera-se que os humanos falham e os erros são esperados, mesmo nas melhores e mais organizadas empresas. Os erros, nesse enfoque, são considerados consequências e não causas, sendo que sua origem não está “na natureza perversa do ser humano, mas em fatores sistêmicos que estão acima destes”. As medidas de segurança centralizam-se no fato de que não podemos mudar a natureza humana, mas podemos mudar as condições sob as quais as pessoas trabalham. Baseia-se nos sistemas de defesa, ou seja, toda tecnologia perigosa possui barreiras para tentam evitar seu uso de maneira incorreta ou indevida. Nesta análise, o foco não está em quem cometeu o erro, mas sim em como e por que as defesas falharam. Segundo descrito nesse mesmo trabalho de Correa e Cardoso, o modelo do “Queijo Suíço” proposto por Reason (1990) está baseado nesta segunda corrente, em que defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição chave. Os sistemas de alta tecnologia têm muitas camadas defensivas, sendo algumas de engenharia, tais como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos, e outras defesas estão nas pessoas (pilotos, operadores) e, ainda, dependem de procedimentos e controles administrativos. A função do sistema, portanto, é a da proteção das vítimas potenciais e do patrimônio dos perigos do ambiente. As defesas, barreiras e salvaguardas funcionam bem, mas pode sempre existir fraquezas. Em um contexto hipotético, cada camada de defesa, barreira ou salvaguarda deveria estar íntegra, sem falhas. Todavia o que mais se observam é que essas barreiras são mais como as fatias de um queijo suíço, cheias de buracos.

Da Silva e Barroso, em 2014, focam a gestão da segurança no uso de sistemas de indicadores de monitoramento, objetivando dessa forma comparar instituições, identificar problemas e situações susceptíveis de melhoria e controlar o efeito das eventuais intervenções. Monitorar indicadores é uma atividade planejada e sistemática, identificando-se problemas ou situações que necessitam ser avaliados de forma profunda e, desse modo, sujeitos a intervenções de melhora. Os bons indicadores precisam ser válidos, confiáveis e úteis para que ocorra o monitoramento, detectando-se os problemas relacionados à segurança do paciente e controlando a sua resolução. Os principais indicadores de segurança são:

1. Indicadores ou eventos sentinela: apenas um caso basta para indicar o problema e, com a avaliação desse evento, produzir uma análise de causas, reestruturando o processo para que o mesmo não volte a acontecer;

2. *Triggers* (pontos de gatilho): são considerados os sinais ou situações que supostamente podem estar associados a um evento adverso. Quando encontrados na assistência prestada ao paciente, realiza-se uma avaliação detalhada do prontuário, para observar se o evento ou incidente realmente ocorreu;

3. Indicadores de resultado: associam-se a complicações, até mesmo óbitos, relacionados com incidentes de segurança nos serviços de saúde. Dessa forma, há necessidade de ajustes para serem interpretados corretamente e também apresentam dificuldades de mensuração;

4. Indicadores de boas práticas: podem estar relacionados, por exemplo, a relatos do próprio paciente ou dos familiares, detectando-se assim situações potencialmente perigosas ou arriscadas que se associam a eventos adversos.

De forma geral, deveríamos associar todos os indicadores acima referidos com o objetivo de avaliar de várias formas os eventos relacionados à segurança do paciente.

Outro meio de identificação de problemas, utilizado na área da segurança do paciente, refere-se ao sistema de notificação voluntária dos incidentes relacionados a prestação dos serviços de saúde pela própria equipe. Consiste na informação, como já dito, pela própria equipe sobre os EAs, principalmente graves, que deveriam ser alvo de profunda investigação de suas causas, passando por um processo de atenção majoritária do sistema de saúde.

A dificuldade dos profissionais em notificar associa-se principalmente ao medo de punição e processos e ao desconhecimento sobre o objetivo real da notificação. Desta forma, reforçar o conhecimento da equipe de saúde sobre segurança do doente através da formação, assumindo que o erro em saúde existe e é inerente à prestação de cuidados, compreender os tipos de incidentes, suas causas e consequências; não punir o profissional envolvido; manter o anonimato dos envolvidos e evitar que as informações sobre os eventos adversos sejam utilizadas para ações criminais, torna-se essencial para a existência de uma verdadeira cultura de segurança do doente nas organizações de saúde, onde o desenvolvimento de um sistema de notificação de eventos adversos assume particular importância, sobretudo ao nível da identificação e estabelecimento de estratégias de prevenção dos eventos adversos. Para que um sistema de registo de incidentes funcione adequadamente é necessário: desenvolver uma cultura de responsabilização e não de culpabilização; análise dos incidentes com ênfase no sistema e não no indivíduo; relato centrado na ocorrência, mantendo para fins estritos de notificação o anonimato; incutir a autoparticipação de eventos nefastos e permitir sempre o retorno de informação para estimular a correção e a melhoria prevenindo novas ocorrências de risco – “*repetir erros não é construir experiência*” e a simplificação do sistema de relato: poucos itens, mas fundamentais, simplificação do registo e transmissão, em suma, melhoria na comunicação (da Silva & Barroso, 2014, p 203)”.

Diante da dimensão do problema e da gama de processos envolvidos para se alcançar um cuidado seguro, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e, numa parceria com a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International - JCI*), passou a incentivar a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP),

como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde. As seis primeiras MISP são direcionadas para prevenir situações de erros de identificação de pacientes, falhas de comunicação, de medicação, em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado e quedas dos pacientes (ANVISA, 2013).

1. IDENTIFICAR CORRETAMENTE O PACIENTE.
2. MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.
3. MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, NO USO E NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.
4. ASSEGURAR CIRURGIA EM LOCAL DE INTERVENÇÃO, PROCEDIMENTO E PACIENTE CORRETOS.
5. HIGIENIZAR AS MÃOS PARA EVITAR INFECÇÕES.
6. REDUZIR O RISCO DE QUEDAS E ÚLCERAS POR PRESSÃO.

Figura 1: Metas Internacionais de Segurança do Paciente, ANVISA, 2013

2.1.1 Identificação do paciente

A identificação dos pacientes deve ser feita com uso de pulseiras que contenham os nomes em letras legíveis, questionando o paciente sobre seu nome completo, identificando o leito e evitando que pacientes com nomes semelhantes ocupem a mesma enfermaria. Pepper, em 1995, como citado por Miasso e Cassiane em 2000, já apresentava dados de um estudo no qual observou-se que mais de 11,4% dos pacientes de uma instituição estudada não tinham a pulseira de identificação ou que esta havia sido removida para facilitar o acesso venoso.

Mesmo com a cultura institucional de chamar o paciente pelo nome, isso não diminui a necessidade de identificá-lo pelo meio de pulseiras de identificação, sendo que o ideal é que essas pulseiras possuam código de barras e sejam lidas por *scanners* e que, a cada etapa da assistência de procedimentos e de exames a serem realizados e de medicamentos a serem administrados, seja conferida a identificação do paciente, assegurando assim que o medicamento prescrito está sendo ofertado à pessoa correta (de Camargo Silva & de Bertoli Cassiani, 2007).

2.1.2 Melhorar a comunicação entre profissionais da saúde

Uma das exigências para uma melhor assistência, melhorando a segurança do paciente, é baseada num sistema de comunicação eficaz, permitindo que as equipes possam transmitir e também receber as informações de forma clara e correta. Deve-se recordar que a comunicação é um processo complexo que envolve emissão, recepção e compreensão de mensagens, sendo que estas podem ser verbais ou escritas. A comunicação é desencadeada por relações que podem ser interpessoais, podendo ocorrer problemas, dificuldades e restrições, levando a uma decodificação de forma errônea da mensagem original (de Camargo Silva, de Bertoli Cassiani, Miasso & Opitz, 2007).

2.1.3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

A administração de medicamentos aos pacientes é um processo extremamente comum nas instituições de saúde, mas também complexo, apresentando várias etapas, uma série de decisões e ações inter-relacionadas que envolve diferentes profissionais e o próprio paciente. Dessa forma, todos os envolvidos nesse processo necessitam de conhecimentos atualizados sobre os medicamentos e de acesso a eles. O processo começa com a seleção dos medicamentos disponíveis na unidade de atendimento e prescrição pelo médico responsável pelo atendimento. Após a etapa de prescrição, esta é enviada à farmácia, que, por sua vez, separa os medicamentos solicitados e os envia às clínicas. O preparo e a administração dos medicamentos habitualmente ficam sob responsabilidade da enfermagem, que deve registrar e monitorar as reações de todos os pacientes com problemas como também a aceitação ao medicamento prescrito. Os envolvidos são: médico, farmacêutico, auxiliar de farmacêutico, enfermeiro e o auxiliar ou técnico de enfermagem, oficial administrativo, um processo que depende de diversos profissionais, que podem originar alguma falha em qualquer etapa. Existe uma base fundamental na administração de medicamentos preconizada pelos profissionais de enfermagem, denominado o princípio dos 5 certos: que o medicamento certo seja dado ao paciente certo, na dose certa, na via certa e no horário certo (Cassiani, 2005).

2.1.4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto

O programa “Cirurgia segura salva-vidas”, preconizado pela OMS em 2009, teve como objetivo melhorar a segurança cirúrgica e, conseqüentemente, diminuir o número de mortes e de complicações cirúrgicas de quatro formas: oferecendo aos médicos, administradores hospitalares e autoridades de saúde pública informação sobre o papel e os padrões de segurança cirúrgica em saúde pública; definindo um conjunto mínimo de ações

direto com o paciente, funcionando como a principal via de transmissão de microrganismos. Assim, a não adesão à HM compromete de forma significativa a qualidade e a segurança da assistência. A cadeia de transmissão pode e deve ser quebrada com a adoção de normas básicas de higiene no ambiente hospitalar, sendo a HM a de maior impacto. Foram elencados os momentos adequados para a HM (fig. 1: antes e após o contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após a exposição a fluidos corporais e o contato com áreas próximas ao paciente (dos Santos, Roseira, Piai-Morais & de Figueiredo, 2014).

O fato de muitos profissionais não praticarem a HM da forma preconizada para controle de infecção hospitalar faz com que alguns profissionais responsáveis pelos cuidados em saúde se sintam de certa forma desmotivados, pois, “enquanto algumas pessoas estão cuidando dos pacientes, outras estão se descuidando, dando margem para a transmissão de infecções”. Além dessa prerrogativa, muitos profissionais não conseguem aplicar as regras de prevenção de infecções, como a lavagem das mãos, por excesso de pacientes e falta de tempo, de materiais e de condições adequadas (Martini e Dall'Agnol, 2005).



Figura 2 – Cinco momentos para a higienização das mãos

Fonte: Adaptado, OPAS, ANVISA, 2008.

2.1.6 Reduzir o risco de quedas e úlceras de pressão

Há dois tipos de fatores de risco de queda: extrínsecos e intrínsecos, também reconhecidos como ambientais ou fisiológicos. Grande parte das quedas hospitalares em pessoas adultas está relacionada a causas intrínsecas, sendo que de 10% a 15% são causadas apenas pelo ambiente – diferentemente do observado na população pediátrica (com menos de

10 anos de idade), na qual as quedas podem ser correlacionadas com causas ambientais, como ocasionadas por berços, grades das camas que não foram erguidas e ambientes recreacionais das crianças. Em hospitais pediátricos, as quedas intrínsecas com fatores de risco semelhantes às dos adultos serão dificilmente encontrados, como aquelas causados por confusão, fraqueza e tonturas. Algumas medidas de segurança ambiental bem conhecidas de todos os tipos de pacientes devem estar presentes em todos os ambientes hospitalares e incluem: iluminação apropriada, dispositivos de apoio, móveis, sistemas de alarme clínicos, vestuário adequado, assistência pessoal, permitindo transferências seguras e movimentação adequada do paciente, grades laterais parciais, quartos e corredores organizados e sem objetos dispostos de maneira que possam ocasionar acidentes de queda, e também a colocação dos objetos ao alcance dos pacientes. São intervenções essenciais para a prevenção de queda, mas programas mais abrangentes devem ser colocados em prática. Processos de trabalho ineficientes, como enfermarias físicas com grandes distâncias entre elas em uma unidade hospitalar para cuidar de pacientes, o tempo de documentação e comunicação fragmentada entre cuidadores, podem comprometer a atuação dos profissionais da enfermagem ao oferecer cuidado seguro e eficaz, resultando na prevenção de quedas (Hendrich, 2006).

Com relação às úlceras de pressão, estas são consideradas eventos preveníveis, mas que podem ocasionar problemas ao paciente ao prolongar o tempo de hospitalização e dificultando sua recuperação, além de incrementarem o risco do desenvolvimento de outras complicações, representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional e reduzir sua independência e funcionalidade na realização das atividades diárias. Desse modo, torna-se importante a adoção de medidas preventivas para aparecimento da úlcera, como mudança de decúbito, uso de protetores de proeminências ósseas, inspeção e proteção da pele, além da identificação dos clientes sob o risco de desenvolver a úlcera (Carneiro, Bezerra, Camargo e Silva, Souza, Paranaguá & Branquinho, 2010).

2.1.7 Participação direta do paciente nos aspectos relacionados a segurança

Os pacientes são geralmente vistos de forma passiva, como vítimas de erros e falhas de segurança, mas existe um papel importante que pode e deve por eles ser desempenhado, um papel ativo no sentido de garantir que seus cuidados sejam apropriados na prevenção de erros. Porém, não se deve colocar um fardo adicional em pessoas que já estão ansiosas e vulneráveis devido a lesão ou grave doença. Quando os pacientes estão gravemente doentes, torna-se essencial levar em conta suas opiniões e orientá-los de acordo com normas de

segurança, como a lavagem das mãos. Em vez de tratá-los como simplesmente passivos destinatários de cuidados médicos, torna-se imprescindível modificá-los para assumir um papel ativo relacionado aos cuidados de que necessita (Vincent & Coulter, 2002).

2.1.8 Custos relacionados com eventos adversos em saúde

Estudo realizado no Canadá demonstrou que as estimativas com relação aos custos referentes aos EAs são variadas e dependem de fatores como o grau de prevenção de um EA e a possibilidade de separar os custos do tratamento do problema que levou à internação das complicações inerentes ao mesmo. No entanto, todos os trabalhos analisados nessa pesquisa demonstram que os danos relacionados aos cuidados aumentam substancialmente os custos dos serviços de saúde (Jackson, 2009).

Hug, Keohane, Seger, Diane, Yoon & Bates demonstraram, em 2012, que apenas os EAs relacionados a medicação em hospitais comunitários poderiam gerar uma elevação no custo hospitalar de, em média, USD\$ 3.000 dólares, além do aumento no período de internação em média de 3,1 dias.

Outro estudo realizado na Alemanha demonstrou que a incidência de hospitalização devido a EAs graves ocasionados por medicações prescritas ambulatoriamente foi estimado em cerca de 3,25%. Os EAs mais frequentes foram hemorragia gastrointestinal e hipoglicemia induzida por drogas, ocasionando em média um aumento no período de internação de 9,3 dias. Os custos médios de tratamento de um único EA ocasionado pela medicação prescrita foi estimado em aproximadamente 2.250 euros. Os custos totais somam 434.000.000 de euros por ano para a Alemanha. Considerando-se a proporção de casos evitáveis (20,1%), equivaleria a um potencial de poupança de € 87.000.000 por ano (Rottenkolber, Schmiedl, Rottenkolber, Farker, Saljé, Mueller, Hippus, Thuermann & Hasford, 2011).

Em estudo realizado em dois hospitais públicos de ensino do estado do Rio de Janeiro em 2003, no qual foram avaliados 622 prontuários de pacientes escolhidos de forma aleatória, detectou-se que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes com EA foi 200,5% superior àquele pago aos pacientes sem EA. Também pacientes vítimas de EAs apresentavam um aumento no período de internação em cerca de 28,3 dias em relação ao observado nos pacientes sem EA. O estudo demonstrou ainda que houve um incremento nos gastos de R\$ 1.212.363,30, o que representou 2,7 % do reembolso total (Porto, Martins & Mendes, 2010).

Estudos semelhantes não foram encontrados nos serviços de assistência perinatal.

2.2 Assistência perinatal

A especialidade médica obstetrícia preocupa-se com a reprodução humana.

A especialidade deve promover a saúde e o bem estar da gestante bem como do seu feto por meio de cuidados pré-natais de qualidade, os quais consistem em identificação e tratamento de complicações, supervisão do trabalho de parto e do nascimento, atenção médica ao recém-nato e condução do puerpério, envolvendo cuidados de acompanhamento capazes de promover a saúde e prover opções de planejamento familiar (Williams, 2012, p.2).

A relevância da especialidade pode ser observada pelo fato de parâmetros relacionados com a evolução materna e infantil serem usados como indicadores de qualidade de vida e saúde. Assim, índices que traduzem resultados obstétricos e perinatais insatisfatórios refletem que os cuidados de saúde são deficitários para toda a população (Williams, 2012).

Segundo a terminologia obstétrica, adotada após 1950-1960, o termo perinatologia refere-se ao estudo de todos os eventos fisiológicos que envolvem a grávida e particularmente o conceito, desde o momento da fecundação até o término dos efeitos decorrentes da vida intrauterina e do parto. Porém, normalmente os tocólogos limitam esse período ao momento a partir do qual, após a extração ou expulsão da cavidade uterina, o recém-nascido terá condições orgânicas, as quais permitirão sua sobrevivência fora da cavidade uterina. Dessa forma, a fase perinatal estende-se desde o último trimestre da gestação até a fase neonatal, envolvendo as intercorrências, as quais a assistência e o desfecho relacionam-se da mesma maneira aos obstetras e neonatologistas. Assim, após 1950, numa tentativa de diminuir principalmente a mortalidade perinatal, obstetras e neonatologistas uniram-se na assistência perinatal, ocasionando um avanço na propedêutica fetal e na assistência ao recém-nascido, o que tem feito com que bebês cada vez mais prematuros consigam sobreviver, reduzindo dessa forma a morbiletalidade perinatal (Neme, 2006).

2.2.1 Mortalidade materna e morbidade materna

Existem várias definições para o indicador denominado taxa de mortalidade materna. Razão, taxa ou coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna calculado pela relação do número de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

O número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Método de cálculo

$$\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos diretos e indiretos} \times 100.000 / \text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos}$$

Interpretação do indicador:

Diversas fontes consultadas afirmam que tanto a taxa como o coeficiente expressam um valor que mede a frequência de eventos em determinado local e período, sendo calculado a partir da sua multiplicação pela potência definida pela base de referência da população para que o valor passe de um número decimal para um número inteiro.

- Taxa ou coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna.
- O indicador permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão em relação ao número de nascidos vivos.

O indicador reflete a qualidade da assistência à mulher (Ministério da Saúde, 2002).

Morte materna é definida pela OMS como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

A morte materna relacionada diretamente com a gestação pode ser classificada em dois grupos: causas diretas e causas indiretas. As mortes obstétricas diretas são devido a complicações obstétricas na gravidez, no parto e/ou no puerpério, ou seja, ocasionadas por intervenções, omissões, tratamento incorreto e/ou decorrentes de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações. As mortes obstétricas indiretas são as que resultam de doenças existentes previamente à gestação ou que se desenvolvem durante a gravidez e que não foram devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Cecatti, Albuquerque, Hardy & Faúndes, 1998; Mendes & Osiano, 2013).

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são aquelas passíveis de prevenção, total ou parcialmente, por ações ativas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um

determinado local e época (Malta, Duarte, Almeida Dias, Morais Neto, Moura & Souza, 2007). A maioria das mortes maternas é evitável e ocorre nos países em desenvolvimento (Araújo Jr., 2006). Nos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade materna é de aproximadamente 10 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, porém o mesmo não ocorre nos países menos desenvolvidos, em que pode ser encontrada uma taxa de mortalidade tão alta como 1.000 mortes maternas ou mais por 100.000 nascidos vivos (Souza, 2013).

Mortalidade materna é considerada uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, por se tratar de uma morte evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento estão acima do preconizado pela OMS. Um estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo que apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos. Em 2000, esse número não sofreu mudanças significativas, estimando-se 523.000 mortes maternas no mundo.

Um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual foram considerados dados de 75 países demonstrou que o Brasil teve a quarta mais lenta redução da mortalidade materna entre os anos de 2000 e 2013. Os únicos países que apresentaram uma redução da mortalidade materna menor do que a do Brasil foram Iraque, África do Sul e Guatemala. O desempenho brasileiro foi semelhante ao de Madagascar, com queda anual média de 1,7% na taxa de mortalidade relacionada à gravidez e ao parto. O risco de uma mulher morrer nesses países por causas relacionadas ao parto e à gestação é de 1 para 66. Nos países com alto desenvolvimento, o risco é de 1 para 3.400. Dados da OMS indicam que, a cada hora, 33 mulheres morrem no mundo devido a complicações na gravidez (<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/reducao-da-mortalidade-materna-no-brasil-e-uma-das-menores-do-mundo>).

O problema da mortalidade materna continua sendo uma preocupação atual, mesmo com toda a produção científica e da evolução constante das tecnologias. A morte materna é um evento trágico, que repercute em toda a família e logicamente principalmente naquela criança que, após nascer, é privada dos cuidados maternos, ativando o ciclo de pobreza na sociedade (Reis, Pepe, Caetano, 2011).

Segundo Cecatti e Calderón, em 2005:

Para conseguir a redução da morbidade e mortalidade materna com a utilização de intervenções benéficas para o parto, algumas publicações têm propiciado uma avaliação crítica sobre o assunto, fornecendo as recomendações mais atualizadas e cientificamente balizadas sobre práticas no parto, em documentos científicos ou institucionais de cidades ou as principais intervenções, destacam-se a atenção institucional ao parto, o atendimento profissional capacitado, a utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas incluindo o partograma, o local do parto, a posição para o parto, o uso de episiotomia, o tipo de parto, o uso de ocitócicos na fase ativa do parto, a realização de esforços de puxo no período expulsivo, o manejo da dequitação e a profilaxia da hemorragia puerperal, entre outras (p.357-65).

Outro conceito importante refere-se à morbidade materna, um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério e que termina na morte, podendo-se reconhecer, separadamente, um grupo de extrema gravidade, conhecido como *near miss*. A prevalência de *near miss* ou morbidade materna extremamente grave varia amplamente, de 0,80-8,23%, a depender dos critérios de definição. Estima-se que, para cada morte materna, ocorram 15 casos de *near miss* em média, variando de 9 a 108. Quando se incluem os outros casos de morbidade materna grave, menos extremos, a prevalência da complicação é maior, atingindo 10-12/1.000 nascidos vivos. Os casos de *near miss* são aqueles em que mulheres apresentam complicações potencialmente fatais durante a gravidez, o parto ou o puerpério, mas sobrevivem somente devido ao acaso ou ao bom cuidado hospitalar. A caracterização da morbidade *near miss* permite o monitoramento da rede e do processo de atenção no atendimento obstétrico e a avaliação da incidência de situações clínicas ameaçadoras. O tratamento adequado das urgências e emergências maternas pode romper o processo antes da ocorrência do óbito materno. Assim como a morte materna, as complicações obstétricas graves podem ser um evento-gatilho para revisão de casos malsucedidos ou auditorias. Uma grande vantagem do uso da morbidade *near miss*, ao invés da mortalidade, relaciona-se à sua maior frequência, o que permite análise quantitativa dos dados e em menor intervalo de tempo. Ao mesmo tempo, é menos atemorizante para os profissionais e instituições envolvidos do que as mortes. Também possibilita a entrevista da mulher acometida, que pode informar sobre os detalhes do cuidado, e a busca de assistência (Amaral, Luz, Souza. 2007).

2.2.2 Mortalidade infantil

Outro aspecto importante na avaliação da qualidade de assistência à saúde é o conceito de mortalidade neonatal, que ocorre até o vigésimo oitavo dia de vida do recém-nascido. A mortalidade nos primeiros dias de vida pode ser devido a uma série de fatores: biológicos, socioeconômicos e assistenciais, estes últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido (Soares & Menezes, 2010).

A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão estreitamente associadas a assistência médica e com os cuidados de saúde em geral que a mãe tenha recebido antes e durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. As mortes neonatais estão diretamente relacionadas a qualidade recebida pela gestante durante o pré-natal e parto (Nascimento, Leite, Almeida, Almeida & Silva, 2012).

Uma taxa elevada de natimortos sugere falhas na assistência primária pré-natal e/ou condições maternas adversas, enquanto que uma alta frequência de óbitos por asfixia intraparto relaciona-se com falhas na assistência primária pré-natal e também reflete uma má assistência clínica durante a parturição. Portanto, a alta frequência de óbitos neonatais por asfixia requer uma reavaliação não só da assistência obstétrica, mas também do atendimento ao recém-nascido na sala de parto. Aos profissionais envolvidos na assistência clínica ao parto, aqueles com a tarefa de fazer o diagnóstico de alteração da vitalidade fetal, escolher a via de parto apropriada para cada caso, através da utilização sistemática do partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto), para um correto diagnóstico da evolução do mesmo, e na eventualidade de uma alteração da evolução esperada deve-se proceder a tentativa de correção da mesma, evitando-se assim a indicação de cesáreas desnecessárias (de Toledo, Guidoni, Marcellini, Buzzini & Laham, 2007)

A taxa de mortalidade infantil (TMI) representa um dos indicadores mais comumente empregados para análise da situação de saúde de um país. Classicamente é dividida em dois períodos: o neonatal, que estima o risco de óbito nos primeiros 27 dias de vida e o pós-neonatal, que estima o risco de óbito entre 28 dias devida até o final do primeiro ano de vida. A mortalidade neonatal está diretamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, presença de malformações, já a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, predominando as causas infecciosas (Caldeira, França, Perpétuo & Goulart, 2005).

Conceito:

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos *neonatal precoce* (0-6 dias de vida), *neonatal tardio* (7-27 dias) e *pós-neonatal* (28 dias e mais).

Interpretação:

Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades desenvolvidas . Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico (DATASUS, 2000).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

O cumprimento das metas acordadas na Cúpula Mundial da Criança para o ano 2000 requeria, no Brasil, a redução da taxa para 30 óbitos por mil nascidos vivos.

A taxa de mortalidade neonatal é relevante quando estudamos os incidentes em segurança do paciente em pacientes obstétricas, pois trabalho publicado em 2006 por Lansk, França e César, reforçou a importância das mortes por hipóxia, considerada a causa de morte com maior chance de prevenção, caso ocorra adequada supervisão durante o trabalho de parto.

2.2.3 Pré-natal

Considera-se como objetivo do pré-natal, a manutenção da saúde tanto materna como fetal, reduzindo a morbiletalidade do binômio. O pré-natal deve iniciar tão logo seja diagnosticada a gestação, sendo que a primeira consulta de pré-natal de grande importância, pois além de todas as orientações que a mesma apresentará durante a gravidez são também solicitados os exames de rotina preconizados durante essa fase da vida feminina (Zugaib & Ruocco, 2005).

Segundo a OMS a paciente precisa realizar pelo menos seis consultas de pré-natal, durante toda a gestação.

A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (Domingues, de Araújo Hartz, Dias & do Carmo Leal, 2012).

Segundo a OMS a mulher precisa realizar pelo menos seis consultas de pré-natal durante toda a gestação.

2.2.4 Índice de *Apgar*

Em 1952, Virginia Apgar, anesthesiologista propôs um método de avaliação, baseado em aspectos clínicos do recém-nascido (RN) no seu primeiro minuto de vida. O índice de *Apgar* como citado por Montenegro & Rezende Filho em Rezende Obstetrícia (2010) é composto por cinco variáveis que são pontuadas de acordo com as características apresentadas pelo RN, sendo que atualmente é avaliado, no primeiro e quinto minuto de vida. Um *Apgar* de quinto minuto é considerado normal quando encontra-se com valores entre 7 e 10. Se menor ou igual a 3 no quinto minuto de vida é considerado como indicador de hipóxia intraparto, mas também pode sofrer influência de outros fatores como prematuridade e

malformações congênitas, como também por medicações recebidas pela mãe. Portanto índices menores que sete indicam algum comprometimento do RN ao nascimento.

Sinal	Nota		
	0	1	2
Frequência Batimentos cardíacos/ minuto	Ausente	Menor que 100	Maior que 100
Respiração	Ausente	Fraca, irregular	Forte, regular (choro vigoroso)
Tono muscular	Flacidez	Flexão pequena nas extremidades	Movimentos ativos generalizados
Irritabilidade	Ausente	Caretas	Choro
Cor	Azul, pálido	Corpo róseo, extremidades azuis	Corpo todo róseo

FIGURA 3– ÍNDICE DE APGAR

Fonte: modificado de Apgar 1953

Em estudo realizado no Rio de Janeiro de 2010 a 2012, observou-se a associação de baixos índices de *Apgar* com o óbito neonatal (Oliveira, Llerena Jr & Costa, 2013).

Bebês nascidos com peso superior a 2.500g com diagnóstico de hipóxia ao nascimento e que morrem nas primeiras semanas de vida, devem ser considerados como eventos sentinelas. Esses óbitos poderiam ser evitados por procedimentos simples e de baixo custo adotados durante o trabalho de parto e parto propriamente dito (Daripa, Caldas, Flores, Waldvogel, Guinsburg & de Almeida, 2013).

É importante também salientar que a hipóxia intraparto quando não leva ao óbito desses RN, pode ocasionar sequelas neurológicas e funcionais de alta gravidade comprometendo a qualidade de vida da criança além acarretar um alto custo social (Barreto, Nery & Brandão, 2011).

2.2.5 Partograma

O partograma (figura 4) consiste em uma representação gráfica do trabalho de parto (TP), que tem como objetivo: o acompanhamento do parto com relação a sua evolução, diagnóstico de alterações, como também auxiliar na indicação de condutas adequadas com a

finalidade de corrigir possíveis desvios evitando-se assim intervenções desnecessárias (Montenegro e Rezende Filho, 2010).

É um instrumento de comunicação que com sua análise permite uma avaliação imediata da evolução do trabalho de parto, além de contar também com registro do controle dos batimentos cardíacos fetais, padrão das contrações uterinas como também a utilização de medicamentos e intervenções realizadas durante o TP (Rocha, Oliveira, Schneck, Riesto & da Costa, 2009).

Podemos definir como objetivos do partograma: diminuir tanto a morbidade e mortalidade materna e infantil ao proporcionar o diagnóstico precoce de desvios na evolução trabalho de parto. Fornecer aos profissionais de saúde como também parteiras, um instrumento econômico e também acessível de uso universal, para acompanhamento adequado do trabalho; prevenção e diagnóstico principalmente durante o trabalho de parto prolongado garantindo intervenção médica oportuna; redução da taxa de cesarianas e também da hipóxia neonatal e suas sequelas (Napolis, Telles & Couto, 2004).

Partograma		Nome								RG								De Lee		Hodge	
Dilatação (cm)	10																	-AM	I		
	9																	-3		II	
	8																	-2			
	7																	-1		III	
	6																	0			
	5																	+1		IV	
	4																	+2			
	3																	+3			
	2																	+4			
	1																	Vulva			
Dia de início																					
Hora real		19	20	21	22	23	24	01	02												
Hora de registro		1	2	3	4	5	6	7	8												
FCF (bat./min.)	180																				
	160																				
	140																				
	120																				
	100																				
	80																				
Contrações	1 a 19s	<input checked="" type="checkbox"/>																			
	20 a 39s	<input type="checkbox"/>																			
	≥ 40s	<input type="checkbox"/>																			
Bolsa																					
LA																					
OCITOCINA																					
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA																					
EXAMINADOR																					
OBSERVAÇÕES																					

FIGURA 4: PARTOGRAMA

Fonte: Ministério da Saúde

2.2.6 Tocotraumatismo

Os diferentes atos tococirúrgicos, operações e manobras obstétricas, a simples parturição, prolongada ou excessivamente rápida, a demora no período expulsivo, podem originar lesões diversas, os tocotraumatismos (TTM), tanto na gestante quanto no concepto (Madi, Morais, Tessari, Araújo, Zatti et al, 2010). Os tocotraumatismos neonatais podem ser classificados como: traumas de parto tipo I ou leve (lesões de pele, ferimentos cortocotusos de partes moles, adiponecrose, *caput succedaneum*, fratura de clavícula, hemorragia do esternocleidomastoideo, abrasão), traumas de parto tipo II ou moderados (paresia braquial, paresia facial, cafaloematoma, estrabismo, trauma do esternocleidomastoideo) e traumas de parto tipo III ou graves (hemorragia intracraniana, rupturas viscerais, fratura de ossos da face, fratura do crânio, fratura de ossos longos, paralisia bilateral de cordas vocais, paralisia braquial, paralisia facial, traumas de coluna vertebral e medula espinhal, paralisia diafragmática (Madi, Rombaldi, Oliveira Filho, Araújo, Zatti & Madi, 2006). A incidência dos tocotraumatismos pode ser reduzida tanto com a triagem de gestantes com maior risco para essa complicação e também ofertando à paciente uma assistência obstétrica mais adequada (Duarte, Cunha, Shimazaki, Marcolino, Nogueira, Berezowski & Mauad Filho, 1997). Apesar desses autores terem reportado essa recomendação a mais de 17 anos, ainda os tocotraumatismos são reportados em maternidades brasileiras atualmente (Madi, Deon, Rombaldi, Araújo, Rombaldi & Santos, 2013)

2.2.7 Vitalidade fetal intraparto

A frequência cardíaca do feto pode ser monitorizada intermitentemente (em intervalos regulares durante o parto) ou continuamente (gravação a frequência cardíaca durante a duração do trabalho de parto). Esse controle mais comumente é realizado com o uso de:

Estetoscópio fetal (Pinard) e Doppler portátil: no qual o acompanhamento intermitente dos batimentos cardíacos fetais pode ser realizada usando um estetoscópio fetal (Pinard), ou com um dispositivo de ultrassom Doppler de mão, conjuntamente com o acompanhamento das contrações uterinas através da palpação das contrações uterinas da mãe com a mão sobre o abdômen. Isto é conhecido como “ausculta fetal intermitente”, que dependendo da fase do trabalho de parto tem um intervalo de tempo apropriada para ser realizada.

Cardiotocógrafo: consiste no controle da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas da paciente por um registro elaborado eletronicamente em um traço papel conhecido

como um cardiotocógrafo. Isto é feito através da utilização de um transdutor de ultrassom Doppler para controlar a frequência cardíaca do feto e um transdutor de pressão para monitorizar as contrações uterinas, os quais estão ligados a um aparelho de gravação. Isto é conhecido como a cardiotocografia externa (CTG externo). Isso geralmente é realizado continuamente em trabalho de parto, embora ocasionalmente ele é usado de forma intermitente (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013).

O padrão dos batimentos cardíacos fetais está relacionado ao bem-estar fetal. Normalmente os batimentos cardíacos fetais variam de 110 a 160 batimentos por minuto, sendo que durante a contração uterina pode ocorrer uma diminuição fisiológica dos batimentos cardíacos fetais, quedas da frequência cardíaca fetal por mais de 30 segundos, durante a diminuição da intensidade da contração uterina pode estar relacionada a um sofrimento fetal (WHO, 2011).

2.3 Gestão de clínica perinatal

O parto e os problemas obstétricos, em 2009, segundo o DATASUS, foram a principal causa de internação nos hospitais públicos e conveniados do Sistema único de Saúde (SUS), correspondendo a 21,6% das internações, como podemos verificar na figura abaixo.

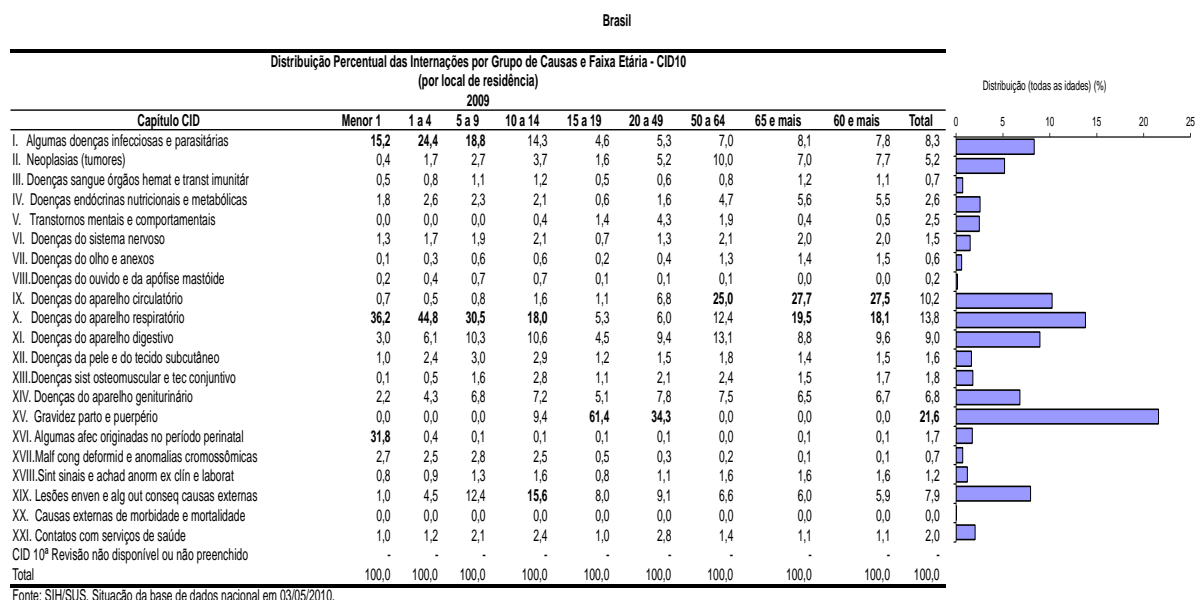


FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES POR GRUPO DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA

Fonte: DATASUS

Dos recursos destinados ao SUS a área obstétrica recebeu em 2009, 12,2% do percentual total de recursos destinados a saúde (DATASUS, 2009). Assim, os serviços

obstétricos devido sua magnitude, e também pelas metas estipuladas pela OMS de redução de mortalidade materna e infantil como Metas do Milênio para 2015, têm recebido mais atenção das autoridades nacionais (Leal & Viacava, 2002).

Brasil

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade (por local de internação) 2009								
Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	3.198.396	28,8	4.291.424.892,47	42,4	1.341,74	4,2	72.519	0,0
Obstetrícia	2.163.109	19,5	1.233.689.792,18	12,2	570,33	2,3	624	1,0
Clínica médica	3.986.493	35,9	2.646.071.410,21	26,2	663,76	5,7	286.326	0,0
Cuidados prolongados (crônicos)	16.563	0,1	173.279.882,66	1,7	10.461,87	146,3	4.462	-
Psiquiatria	229.654	2,1	475.590.041,49	4,7	2.070,90	53,3	780	0,0
Pneumologia sanitária (fisiologia)	10.959	0,1	17.168.576,82	0,2	1.566,62	21,6	836	-
Pediatria	1.429.013	12,9	1.232.176.618,57	12,2	862,26	5,3	21.128	0,0
Reabilitação	14.971	0,1	12.937.829,30	0,1	864,19	18,2	113	-
Clínica cirúrgica - hospital-dia	24.329	0,2	8.682.312,73	0,1	356,87	1,0	-	0,0
Aids - hospital-dia	7.711	0,1	1.274.062,06	0,0	165,23	9,5	10	0,1
Fibrose cística - hospital-dia	5	0,0	5.792,00	0,0	1.158,40	20,0	-	-
Intercorrência pós-transplante - hospital-dia	3.450	0,0	2.752.260,88	0,0	797,76	8,1	1	0,0
Geriatria - hospital-dia	211	0,0	12.950,34	0,0	61,38	9,4	-	-
Saúde mental - hospital-dia	22.764	0,2	16.593.752,32	0,2	728,95	28,2	2	0,0
Total	11.107.628	100,0	10.111.660.174,03	100,0	910,33	5,8	386.801	3,5

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

FIGURA 6: NÚMERO DE INTERNAÇÕES, VALOR TOTAL, VALOR MÉDIO, MÉDIA DE PERMANÊNCIA, NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA DE MORTALIDADE POR ESPECIALIDADE.

Fonte: DATASUS 2009

2.3.1 RDC nº 36, de 3 de junho de 2008

A RDC nº 36 de 2008 dispõe sobre o regulamento técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Essa RDC foram estabelece padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Além do mais determina que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, teriam um prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado a partir da data de publicação e definia também que, os itens relativos à infraestrutura física dos serviços de atenção obstétrica e neonatal deveriam ser atendidos quando fossem realizadas reformas ou ampliações de serviços já existentes e construções novas.

Com relação as condições organizacionais, principalmente referente a segurança da paciente obstétrica, a RDC nº 36 determina que: o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de

assistência prestada; a direção e o responsável técnico têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência; deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais; deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contra-referência, para garantir a continuidade da atenção; as ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem; os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência legível, com identificação e assinatura de profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino; deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

2.3.2 Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade

Segundo trabalho publicado por Chalmers, Mangiaterra & Porter (2001), a OMS preconiza dez princípios de assistência perinatal: os cuidados direcionados a uma gravidez normal e parto, devem ser desmedicalizados ao máximo, o que significa que somente os cuidados essenciais devem ser fornecidos evitando assim, intervenções desnecessárias; o cuidado a gestante e seu filho deve estar baseado no uso de tecnologia apropriada que inclui: procedimentos, técnicas e equipamentos, todos aplicados com a finalidade de resolver um problema específico; o cuidado deve ser baseado em evidências científicas e protocolos; os cuidados devem ser regionalizado e com base em um sistema eficiente transferência caso se faça necessário; o cuidado oferecido deve ser multidisciplinar; o cuidado deve ser baseado nas necessidades individuais de cada paciente levando em consideração as diferenças: intelectuais, emocionais, sociais e culturais de cada gestante, seus filho, como também de sua família e não concentrado apenas com os seus cuidados biológica; os cuidados devem ser centrados na família atendendo a necessidade de todos e não exclusivamente na parturiente; o cuidado deve ser culturalmente adequado e deve considerar e permitir variações culturais em atender a essas expectativas; os cuidados devem envolver as pacientes como participante ativa nas tomadas de decisão; os cuidados devem respeitar a privacidade, dignidade e confidencialidade das gestantes.

Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publica um manual sobre Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal, que tenta reforçar os preceitos

defendidos pela OMS acima citados, e também já estabelecidos pela Portaria 1459 de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha foi instituída no SUS em 2011 tendo como objetivo garantir as pacientes o direito ao planejamento reprodutivo e atenção de forma humanizada a todo o período gestacional, parto e puerpério, e ao recém nascido o direito não só ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha apresenta como princípios: respeito em todos os sentidos, como direitos humanos, diversidade de todas as formas, promovendo equidade, mobilização social, direitos sexuais e reprodutivos. Os objetivos da Rede são o de implementar um processo inovador de saúde a gestante e seu filho até os dois anos de idade, garantir o acolhimento e resolutividade da rede de atenção à saúde materna e infantil, com a principal finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, baseado principalmente no componente neonatal.

A rede deve garantir, por meio de articulação das organizações de saúde: o acolhimento da paciente nos serviços de urgência, com classificação de risco e vulnerabilidade e também ampliação de acesso ao pré-natal, vinculação da paciente há um serviço de referência e ao transporte seguro e também garantia do parto seguro.

O objetivo da implementação da Rede Cegonha era o de atingir todas essas metas por meio da organização do pré-natal, parto, puerpério e atenção integral a saúde da criança. Com relação ao pré-natal um dos objetivos a serem alcançados pela estratégia de atenção da rede cegonha é a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis como: sífilis, HIV, AIDS e hepatites.

A sífilis, uma doença sexualmente transmissível, pode trazer graves repercussões fetais, inclusive o óbito intrauterino e alterações do crescimento fetal, seu tratamento e prevenção têm custos baixos e sua pesquisa faz parte dos exames obrigatórios de pré-natal, com o objetivo de evitar o quadro de sífilis congênita. Porém estudo publicado em 2015, demonstrou que a sífilis congênita se encontra, ainda, fora de controle e que ainda nos dias atuais observamos um número de casos crescente dessa doença. Esse achado leva à observação da falta de qualidade da assistência pré-natal (Almeida, de Araújo Filho, de Araújo, Carvalho, da Silva & de Araújo, 2015).

Dados recentes mostram que, infelizmente, a maior parte dos serviços, que prestam atenção às pacientes obstétricas não conseguem atender aos preceitos estabelecidos em 2011 pela Rede Cegonha (anexo 1), nem nos serviços de atenção primária, como também no âmbito dos cuidados hospitalares.

Estudo publicado em 2014, de Bittencourt, Costa Reis, Ramos, Rattner, Rodrigues, Neves, Arantes & Leal verificou:

Há uma grande proporção de estabelecimentos muito mal equipados e sem profissionais especializados, e os resultados apontam ainda que a disponibilidade de hospitais de maior complexidade é mais iníqua em comparação com os de menor complexidade. De todas as regiões, o Norte/Nordeste e em seguida a Centro-oeste apresentaram as maiores lacunas e problemas, sobretudo entre os estabelecimentos públicos e mistos. Já no Sul/Sudeste, esses grupos de hospitais estavam mais bem estruturados, atingindo proporções em vários dos critérios estudados próximas ou mesmo superiores ao patamar da rede privada. Os resultados são indicativos de que uma parcela importante de mãe e recém-nascidos foram expostos a riscos desnecessários e evitáveis.

2.3.3 Adequação física e estrutural das unidades perinatais, segundo a Rede Cegonha

Com a implementação do Rede Cegonha, os serviços de Medicina Perinatal, como também a rede básica deveria adequar-se para garantir à gestante, basicamente os atendimentos a seguir listados:

Durante a gestação:

Pré-natal de qualidade e de início precoce, assim espera-se que qualquer intercorrência seja diagnosticada precocemente, diminuindo a possibilidade de intercorrências graves durante a gestação, parto e puerpério;

Deslocamento dessa paciente até a unidade que realiza o pré-natal e também que realizará seu parto;

Prevenção e tratamento de doenças que podem de alguma forma interferir no crescimento e desenvolvimento fetal.

Parto e nascimento:

Adequação física e garantia com relação ao número de leitos obstétricos e neonatais.

Utilização de intervenções baseadas em evidências científicas;

Garantia da presença do acompanhante.

Classificação de risco.

Puerpério e atenção integral à saúde da criança:

Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;

Visita domiciliar a paciente e seu filho na primeira semana após o nascimento;

Planejamento familiar.

2.3.4 Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido

A Sociedade Brasileira de Pediatria em 2007, por Almeida, Barbosa & Cavalcante, b, preconiza quais são os serviços complementares e estrutura básica dos serviços de perinatologia (Almeida, Barbosa & Cavalcante, 2007), baseado em várias RDCs.

Esse documento considera os seguintes princípios: a mortalidade neonatal apresenta-se como o maior componente da mortalidade infantil no Brasil, sendo o período neonatal precoce preponderante, a assistência ao recém-nascido deve ser prestada de maneira integral, compreendendo o período do nascimento até 28 dias de vida, em vários níveis de complexidade, que incluem o atendimento em sala de parto, alojamento conjunto, unidade canguru, unidades de cuidados intermediários e intensivos, transporte e acompanhamento ambulatorial, inúmeras solicitações ao Departamento de Neonatologia da SBP quanto aos requisitos mínimos para funcionamento de unidades neonatais em nosso país, publicação de portarias e manuais sobre assistência ao recém-nascido pelo Ministério da Saúde, as resoluções relativas a recém-nascidos publicadas pelo Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina, pareceres e outros documentos científicos elaborados pelo Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria e a formação do médico neonatologista deve ser realizada em unidades de saúde com a infraestrutura para o atendimento integral ao recém-nascido.

Com relação às instituições que prestam atendimento a paciente grávida:

Garantia de atendimento de forma humanizada, garantindo o direito ao acompanhante durante todo o processo do parto e pós parto;

Caso a instituição preste atendimento as gestantes consideradas de risco deve dispor de unidade de cuidados intensivos neonatais;

Disponibilização na unidade de alguns serviços como: laboratório clínico, serviço de radiologia e agência transfusional;

Especialidades pediátricas como: infectologia, genética, serviços de cirurgia pediátrica, cardiologia, neurologia entre outros.

Esse documento também preconiza como mecanismos de vigilância a implantação dos comitês: de estudos de mortalidade materna, de estudos de mortalidade neonatal e de infecção hospitalar. Também prevê a utilização de indicadores de assistência, os quais devem ser calculados mensalmente e divulgados para a equipe assistencial, que são: taxa total de partos cesáreos, e específica em primigestas, taxa de recém-nascidos ventilados em sala de parto; taxa de recém-nascidos de baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer; taxa de ocupação e tempo de permanência dos recém-nascidos nos vários setores; taxa de recém-nascidos ventilados e/ou com cateter central, taxas de infecção hospitalar e perfil de

sensibilidades e resistência aos antimicrobianos; estatística vital, estratificada por peso ao nascer e idade gestacional; escores de risco para mortalidade; causas de óbitos neonatais precoces e tardios. Além do mais são elencados, no documento, todos os recursos exigidos para todas as unidades de atendimento neonatal especificando inclusive a área física desses serviços.

2.3.5 Fechamento de serviços obstétricos

Segundo Vecina e Malik todo o planejamento de um centro obstétrico tradicional está baseado no coeficiente de natalidade, que indica o número de partos esperados, a média de permanência de internação da paciente obstétrica, é em torno de 2,5 dias e a taxa de ocupação ideal é ao redor de 85%. A cada 20 leitos de maternidade deve-se ter 2 leitos de pré-parto e uma sala de parto (Vecina Neto & Malik, 2012).

A queda do coeficiente de natalidade tem justificado o fechamento das unidades obstétricas no Brasil, porém muitos hospitais têm fechado suas maternidades para aumentar o atendimento de outras áreas consideradas de maior rentabilidade.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2014), diante de informações de diferentes Estados dando conta do fechamento de leitos obstétricos e da suspensão definitiva de serviços prestados por importantes maternidades, essas entidades passaram a exigir publicamente dos Governos, especialmente o Federal, providências imediatas para impedir que a crise que se materializa penalize ainda mais milhares de pacientes e profissionais. O quadro atual resulta da defasagem acumulada nos valores pagos pelos procedimentos (com base na Tabela SUS), os quais são insuficientes para cobrir despesas dos estabelecimentos conveniados com custos decorrentes de exigências sanitárias, equipamentos, medicamentos, insumos, serviços de hotelaria (limpeza, alimentação, etc.) e pagamento de pessoal. O fechamento completo de maternidades de referência e a redução na oferta de 3,5 mil leitos obstétricos (nos últimos três anos) em hospitais privados conveniados são fatos extremamente graves e que têm repercussões negativas para a população de todo o país, uma vez que a falta de leitos pode repercutir no aumento da morbidade e mortalidade materna (Vega, 2001) como também perinatal (Cunha, Júnior, Rios, Pestana, Mochel, & de Souza Paiva, 2010).

2.3.6 Gestão de risco em maternidades

A gestão de riscos tem evoluído como uma disciplina independente baseada nos conceitos clássicos de prevenção e redução de agravos e geralmente esse setor é coordenado por um indivíduo designado como um gerente de risco, que pode ter essa como sua única função no ambiente hospitalar ou ter outras funções combinadas dentro do setor de segurança e qualidade. Uma parte significativa da gestão de risco hospitalar é a gestão dos sinistros de negligência médica. De acordo com a Sociedade Americana de Saúde Gestão de Risco, a obstetrícia (OB) continua a ser a principal especialidade acusada de negligência médica, sendo que as lesões neurológicas neonatais foram a alegação mais comum contra obstetras (28,8% de 2564 reclamações), morte fetal ou morte neonatal foram a segunda queixa mais comum (14,4% de 2564 reclamações), e atraso ou falha no diagnóstico foram alegações em 11,1% dos casos (Veltman,2015).

“Entre as metas de qualquer programa voltado para a segurança do paciente está a de reduzir a ocorrência de incidentes. Por isso, é preciso conhecer o perfil dos incidentes, as causas e fatores que contribuem para sua ocorrência. A adoção de um método de detecção de incidentes e, em especial, dos eventos adversos tem sido apontada como um dos elementos da intervenção para a melhoria do cuidado e da segurança do paciente. Em geral, são métodos retrospectivos, baseados na análise estruturada de prontuários/processos clínicos, mas podem também ser técnicas prospectivas, como a observação direta e as rondas clínicas. A notificação voluntária e anônima da ocorrência de incidentes é outra possibilidade de conhecer o que ocorre na organização. A opção por qualquer uma das técnicas disponíveis deve ser orientada pela natureza e características das organizações. (da Costa Reis, 2014, pag.385).

Torna-se relevante para a prevenção de erros profissionais a disseminação do conceito de segurança do paciente e a “cultura de justiça”, sendo que as informações devem ser coletadas estimulando uma cultura de aprendizado, no qual todos os participantes do cuidado devam aprender a notificar os eventos ou quase eventos sem qualquer ameaça ou retaliação, pois só assim estudando os processos barreiras podem ser criadas para evitar que os mesmos ocorram (Feldman, 2009). O mesmo ocorrendo na área de Medicina Perinatal.

2.4 Construtos

Construtos	Referência (autor)	Citação
Segurança do paciente	Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). <i>To Err Is Human: Building a Safer Health System</i> . National Academies Press.	Erros médicos podem ser definida como a incapacidade de uma ação prevista para ser concluída como pretendido ou a utilização de um plano errada para atingir um objetivo.
	Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). <i>To Err Is Human: Building a Safer Health System</i> . National Academies Press.	Além de seu custo em vidas humanas, erros médicos evitáveis para resultar em custos somado aos cuidados adicionais exigidas pelas erros, perda de renda e outros os EA podem gerar um gasto entre US \$ 17 bilhões a \$ 29 bilhões por ano em hospitais em todo o país.
Segurança do paciente	Santos, M. C. D., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. doi http://hdl.handle.net/10400.21/3120	A procura de assistência médica é motivada pela vontade de permanecer saudável ou de restabelecer a saúde. Na consulta médica, nos exames complementares de diagnóstico ou no tratamento, todas as pessoas esperam encontrar respostas confiáveis que as assegurem da sua saúde ou que as ajudem na solução da doença que as aflige.
	WHO, 2004, Aliança Mundial de Segurança do Paciente	Em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde realizou o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em resposta à resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2002 (Resolução 55.18) pela qual urge à OMS e a seus Estados Membros a conceder a maior atenção possível à Segurança do Paciente.
		Os esforços tradicionais para detectar eventos adversos têm-se centrado na comunicação voluntária e

	<p>Griffin, F. A., & Resar, R. K. (2009). IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events. IHI Innovation Series white paper. <i>Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.</i></p>	<p>acompanhamento de erros. No entanto, os pesquisadores de saúde estabeleceram que apenas 10 a 20 por cento dos erros são sempre relatados e, desses, 90 a 95% não causam nenhum dano aos pacientes. Os hospitais precisam de uma maneira mais eficaz para identificar eventos que causam danos aos pacientes, a fim de quantificar o grau e a gravidade dos danos, e para selecionar e testar as alterações para reduzir os danos.</p>
<p>Assistência perinatal</p>	<p>Cecatti, J. G., & Calderón, I. D. M. P. (2005). Beneficial interventions during delivery for the prevention of maternal mortality. <i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia</i>, 27(6), pp 357-365.</p>	<p>Para conseguir a redução da morbidade e mortalidade materna com a utilização de intervenções benéficas para o parto, algumas publicações têm propiciado uma avaliação crítica sobre o assunto, fornecendo as recomendações mais atualizadas e cientificamente balizadas sobre práticas no parto, em documentos científicos ou institucionais de cidades ou países. Entre as principais intervenções, destacam-se a atenção institucional ao parto, o atendimento profissional capacitado, a utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas incluindo o partograma, o local do parto, a posição para o parto, o uso de episiotomia, o tipo de parto, o uso de ocitócicos na fase ativa do parto, a realização de esforços de puxo no período expulsivo, o manejo da dequitação e a profilaxia da hemorragia puerperal, entre outras.</p>

<p>Assistência perinatal</p>	<p>Lansky, S., França, E., César, C. C., Monteiro Neto, L. C., & Leal, M. D. C. (2006). Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. <i>Cad Saúde Pública</i>, 22(1), pp 117-30.</p>	<p>Para a redução da mortalidade infantil e perinatal no Brasil os esforços em ações de saúde são de fundamental importância, particularmente a melhoria do acesso e qualidade da atenção pré-natal e atenção ao parto e nascimento. Os resultados deste estudo apontam a necessidade da adoção de medidas básicas e efetivas de qualificação da assistência à gestante e ao recém-nascido, como a estruturação dos hospitais e o adequado monitoramento do trabalho de parto, de modo a oferecer segurança no atendimento ao parto.</p>
	<p>WHO, 2011. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação</p> <p>A abordagem do <i>near miss</i> da OMS para a saúde materna.</p>	<p>Os achados das avaliações realizadas com a abordagem do <i>near miss</i> da OMS devem se tornar públicos. Tais informações têm um considerável valor de apoio para promover ações políticas e mobilizar profissionais e a sociedade civil para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres grávidas. A publicação de dados de boa qualidade também pode ajudar a atrair financiamento de doadores internacionais objetivando melhorar os serviços de saúde materna e perinatal. Além disso, a OMS e outras agências podem usar esta informação em revisões sistemáticas, o que pode levar a uma melhor visão geral das necessidades de cuidado à saúde materna e a orientações relacionadas.</p>

<p>Gestão perinatal</p>	<p><i>Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 36 de 03 de junho de 2008, Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.</i></p>	<p>Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.</p>
<p>Gestão perinatal</p>	<p>Almeida, M. F. B. D., Barbosa, A. D., & Cavalcante, R. S. (2007). <i>Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido. Documento científico produzido pelo Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em http://www.sbp.com.br</i></p>	<p>A mortalidade neonatal como o maior componente da mortalidade infantil no Brasil, sendo o período neonatal precoce preponderante.</p> <p>A assistência ao recém-nascido de maneira integral, que compreende o período desde o nascimento até, no mínimo, 28 dias de vida, em vários níveis de complexidade, que incluem o atendimento em sala de parto, alojamento conjunto, unidade canguru, unidades de cuidados intermediários e intensivos, transporte e acompanhamento ambulatorial.</p> <p>As inúmeras solicitações ao Departamento de Neonatologia da SBP quanto aos requisitos mínimos para funcionamento de unidades neonatais em nosso País.</p> <p>A publicação de várias portarias e manuais sobre assistência ao recém-nascido pelo Ministério da Saúde.</p> <p>As resoluções relativas a recém-nascidos publicadas pelo Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina.</p> <p>Os pareceres e outros documentos científicos elaborados pelo Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade</p>

FIGURA 6: CONSTRUTOS, ELABORADO PELA AUTORA

3 MÉTODO E TÉCNICA DE PESQUISA

Segundo Antônio Carlos Gil, 2010 a pesquisa pode ser definida como um processo racional e sistemático que responde a problemas inicialmente propostos. Normalmente é deflagrada quando necessita-se de respostas, ainda não obtidas, para determinados problemas. O motivo para realizar-se uma pesquisa pode ser dividido em dois grupos: razão de ordem intelectual, na qual ocorre o desejo de conhecer simplesmente pela satisfação que esse conhecimento pode trazer ao pesquisador e o segundo grupo, no qual objetiva-se atingir o conhecimento para fazer algo de forma mais eficiente ou eficaz (Gil, 2010).

Uma boa pesquisa deve gerar dados confiáveis, derivando formas de práticas profissionais que podem ser usadas como base para a tomada de decisões (Cooper & Schindler, 2011).

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A opção pela tipo de pesquisa que será realizada, ocorreu devido a necessidade de identificação de falhas na assistência que possam levar à incidentes no processo de atendimento da paciente obstétrica e seu filho, por meio da utilização de um *check list*, uma vez que as notificações voluntárias, não são frequentes na área de saúde, por vários motivos inclusive, devido ao receito de processos judiciais.

A pesquisa utilizará o método indutivo, abordagem empírica com caráter exploratório, descritivo, transversal e como estratégia de pesquisa a pesquisa-ação.

O método do raciocínio indutivo, segundo Prodanov e Freitas (2013), é aquele no qual parte-se de uma questão particular para uma mais ampla, e a generalização advém de observações concretas, sendo que das observações particulares deriva as generalizações

Segundo Marconi e Lakatos (2010):

Uma característica que não pode deixar de ser assinalada é que o argumento indutivo, da mesma forma que o dedutivo, fundamenta-se em premissas. Mas, se nos dedutivos, premissas verdadeiras levam inevitavelmente à conclusões verdadeiras, nos indutivos, conduzem apenas à conclusões prováveis (Marconi & Lakatos, 2010, p. 68).

Há três fases consideradas fundamentais no processo indutivo:

Observação do fenômeno: nessa fase observamos os fatos ou fenômenos e os analisamos, com a finalidade de descobrir as causas de sua manifestação;

Descoberta da relação entre eles: na segunda etapa procuramos, por intermédio da comparação, aproximar os fatos ou fenômenos, com a finalidade de descobrir a relação constante existente entre eles;

Generalização da relação: nesta última etapa generalizamos a relação encontrada na precedente, entre os fenômenos e fatos semelhantes, muitos dos quais ainda não observamos (e muitos inclusive inobserváveis) (Marconi & Lakatos, 2010, p. 69).

A abordagem metodológica que será utilizada é o empirismo, no qual busca-se “reproduzir em ciências sociais as condições aproximadas de laboratório, de forma a superar subjetividades, juízo de valor, influências ideológicas (Martins & Theóphilo, 2009, p. 40).

Segundo Cooper e Schindler (2011), os pesquisadores que usam essa abordagem tentam descrever, explicar e fazer previsões com base em informações obtidas por meio da observação. O pesquisador: defronta-se com a curiosidade, dúvida, barreira, suspeita ou obstáculo; esforça-se para estabelecer o problema: faz perguntas, analisa conhecimento já existente, reúne fatos e se move de uma confrontação emocional com o problema para uma confrontação intelectual; propõe uma hipótese, uma explicação plausível, para explicar os fatos que acredita estarem logicamente relacionados ao problema; deduz resultados ou consequências da hipótese; tenta descobrir o que acontece se os resultados estiverem na direção oposta àquela prevista ou se os resultados correspondem a expectativa; formula várias hipóteses concorrentes; desenvolve e conduz um teste empírico crucial com vários resultados possíveis, cada um dos quais excluindo seletivamente uma ou mais hipóteses; tira uma conclusão (uma inferência indutiva) com base na aceitação ou na rejeição das hipóteses; alimenta o problema original com informações, modificando-o de acordo com a força das evidências. O raciocínio é claramente, essencial a grande parte do sucesso do pesquisador: agrupar fatos consistentes com o problema, propor e eliminar hipóteses contrárias, deduzir resultados, desenvolver testes empíricos cruciais e desenvolver a conclusão (Cooper & Schindler, 2011, p.72).

O caráter exploratório dessa pesquisa tem como objetivo adquirir maior familiaridade com o problema, deixando-o dessa maneira mais claro. O planejamento dessa forma, não necessita ser rígido, pois é importante avaliar vários aspectos referentes ao problema alvo do estudo. Pode ser desenvolvida por meio de pesquisas bibliográficas, estudo de caso e até

mesmo levantamento de campo. Normalmente as pesquisas com finalidade acadêmica, a princípio apresentam um caráter exploratório, pois no princípio da pesquisa é improvável que o pesquisador apresente uma definição clara do que irá investigar (Gil, 2010).

Com relação a parte descritiva objetiva-se descrever as características da população alvo desse estudo, como também tem como objetivo identificar se haverá alguma relação entre as variáveis (Gil, 2010).

A estratégia de pesquisa a ser utilizada é a pesquisa-ação.

Segundo Thiollent, (2011, p. 20):

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com uma resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Tripp, 2005, ressalta que a pesquisa-ação pode ser vista como um tipo de investiga-ação. A investiga-ação refere-se de modo geral a um processo no qual “se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se a mudança para a melhora da prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (Tripp, 2005, p.446).

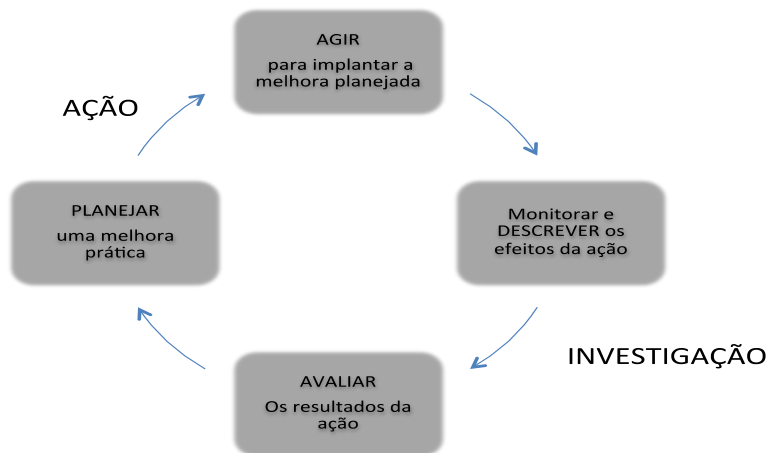


FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO EM QUATRO FASES DO CICLO BÁSICO DA INVESTIGA-AÇÃO

Fonte: Pesquisa-ação: uma introdução metodológica (Tripp, 2005).

No que concerne ao presente estudo, pode-se referir que a coleta de dados foi realizada por meio de um *check list* (apêndice A), que foi preenchido pela equipe médica que presta o atendimento ao parto, na unidade de pesquisa, e em seguida foi analisado pela pesquisadora,

para observação dos dados apresentados e compará-los com as informações contidas no prontuário da paciente.

Dessa forma podemos inferir, que parte desta pesquisa, também teve uma fase de análise documental (documento institucional), que consiste na utilização de todo o tipo de documento e elaborados com vários tipos de finalidades (Gil, 2010).

A natureza dos dados dessa pesquisa foi mista, pois apresentaremos dados quantitativos e qualitativos. A pesquisa quantitativa realiza a mensuração precisa de algo, no caso em questão serão coletados dados que foram organizados, caracterizados e interpretados numericamente, por meio de métodos e técnicas estatísticas. Já a pesquisa qualitativa baseia-se no fato do pesquisador “ter envolvimento mais significativo na coleta e na interpretação dos dados, de forma que o pesquisador pode servir como participante ou catalisador, uma vez que os pesquisadores estão imersos no mundo do participante, qualquer conhecimento que possam obter pode ser usado para ajustar os dados extraídos do próximo participante (Cooper & Schindler, 2011, p.166).”

3.1.1 Local de estudo

A instituição pesquisada, é um hospital estadual de administração direta, situada fora da zona central do município de São Paulo, Estado de São Paulo. A Maternidade e Unidade de UTI Neonatal, foram criadas na década de 80. Atualmente o setor de ginecologia e obstetrícia contempla, além das áreas de internação ginecológica e obstétrica com 30 leitos, o pronto socorro e centro cirúrgico obstétrico e ginecológico. O pronto socorro de ginecologia e obstetrícia (PSGO) atende em média 25.000 consultas por ano. Caracteriza-se por realizar atendimento à demanda espontânea e consultas referenciadas, com aproximadamente 2.400 partos por ano.

A instituição participante é um hospital de ensino, referência para casos de alta complexidade na região na qual está localizada, inclusive para gestações de alto risco. Tem em suas instalações, uma UTI neonatal, para atendimento a casos de alta complexidade.

A equipe médica obstétrica é composta por médicos diaristas, responsáveis pela área de internação e plantonistas, responsáveis pelo atendimento e realização dos procedimentos de urgência. A equipe médica da UTI neonatal também é composta de médicos diaristas e plantonistas.

3.1.2 População de estudo

A população estudada foi constituída de todas gestantes em trabalho de parto ou que no período tornaram-se parturientes na instituição no período de 25 de junho a 25 de julho de 2015, período escolhido por conveniência.

Essa pesquisa contou de duas etapas:

Fase 1: Treinamento de todos os médicos residentes da Maternidade da instituição pesquisada quanto a detecção dos *trigger points* na assistência perinatal somente após foi iniciada a fase 2. Inicialmente, um treinamento foi oferecido um treinamento a todos os envolvidos no atendimento do binômio gestante/recém-nascido quanto à segurança do paciente. Esse treinamento foi realizado em reuniões com o corpo clínico de atendimento as gestantes admitidas no PSGO, no qual o *check list* foi amplamente discutido e dadas informações relativas ao seu preenchimento correto. Posteriormente, os prontuários de atendimento foram analisados com o objetivo de verificar a adesão às instruções quanto à segurança do paciente perinatal, a detecção de incidentes e eventos adversos na área de medicina perinatal.

Fase 2: análise dos prontuários referentes às participantes durante o período de estudo por um único observador (a autora). Todos os prontuários foram analisados para a eventual detecção de acidentes e eventos adversos no atendimento prestado, observando que se a presença de correlação entre os achados do *check list* e a relação com eventos/incidentes no atendimento prestado. Todos os dados foram obtidos apenas a partir da análise do prontuário, que entretanto devemos lembrar que o prontuário ainda que seja considerado o *gold-standard* para o registro de informações dos pacientes pode ter falhas na detecção de eventos e incidentes, pois podem ocorrer incidentes e eventos sem que haja o devido registro no prontuário, apesar dos esforços para que sejam anotados.

3.1.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas nesse estudo todas as pacientes gestantes em trabalho de parto ou com indicação de parto induzido admitidas na instituição no período determinado, como também seus recém-nascidos (desde apresentem peso superior a 500g).

Pacientes que forem admitidas na instituição durante o período de estudo, mas que reinternarem após a alta hospitalar devido a complicações relacionadas ao parto também fizeram parte dessa pesquisa.

Recém-nascidos que nasceram na instituição participante durante o período de análise, que tiveram alta hospitalar, mas que reinternarem por complicações relacionadas ao parto serão incluídos nessa pesquisa.

3.1.2.2 Critérios de exclusão

Pacientes gestantes internadas para tratamento clínico e que não estão em trabalho de parto e ou sem indicação de parto induzido; as pacientes submetidas à curetagem uterina, de RN com peso menor que 500g.; qualquer outro tipo de internação na área, cujo o atendimento não foi proveniente de trabalho de parto ou parto induzido.

3.1.3 Procedimento ético

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, que o aprovou sob o número CAAE: 46123715.8.0000.5551.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O processo de coleta de dados na pesquisa-ação, segundo Thiollent, é feito principalmente através de entrevistas, sendo que os locais de investigação ou os indivíduos são escolhidos de acordo com o plano de amostragem com critérios estatísticos ou intencionais. A pesquisa-ação permite, no caso do campo delimitado para o estudo ser muito extenso, a abordagem por amostragem ou de representatividade, porém alguns autores não consideram a possibilidade desse tipo de pesquisa, referindo que a pesquisa-ação deveria ser sempre realizada por meio da avaliação do grupo como um todo; existem também aqueles

que aceitam a proposição de amostragem, mas defendem, que o tamanho dessa amostra deve seguir regras estatísticas, e ainda há um terceiro grupo de pesquisadores, que defendem a representatividade qualitativa, ou seja, um pequeno grupo de pessoas são escolhidas intencionalmente de acordo com sua relevância em determinado assunto, porém devemos salientar, que a escolha intencional vai contra ao princípio da aleatoriedade, muitas vezes considerada como condição da objetividade, para que isso não altere a importância da pesquisa, é aplicado “um tratamento qualitativo da interpretação do material captado em unidades qualitativamente representativas do conjunto do universo e de todo diferenciado em função das características do problema investigado (Thiollent, 2011, p 72).”

No contexto desse trabalho foram coletadas as seguintes informações: idade, escolaridade e estado civil. Informações sobre patologias caracterizadas como gestacionais, patologias crônicas, vícios (tabagismo, etilismo e drogas ilícitas), número de consultas de pré-natal, idade gestacional de nascimento, avaliação inicial da vitalidade fetal à admissão na enfermaria, preenchimento adequado do partograma, também foram coletados.

Foram analisados por meio da revisão dos prontuários (pesquisa documental) de atendimento das pacientes puérperas e seus respectivos recém-nascidos, inicialmente se o partograma e se a ficha que contempla o *check list* ampliado foram completamente preenchidos. Essa ficha, adicionada ao prontuário materno/recém-nascido foi preenchida por um médico assistencial após a alta/óbito do binômio mãe/recém-nascido. A seguir, os dados foram computados de todos os casos nos quais os pontos de gatilho abaixo relacionados foram detectados confrontando o preenchimento do *check list*, partograma e análise dos prontuários materno e neonatal. Para essa análise foi desenvolvido um *check list* ampliado, com os pontos de gatilho (apêndice A).

Caso o partograma, o *check list* não tivessem sido completamente preenchidos, foi avaliado se havia alguma justificativa para tal ação descrita em prontuário dos participantes desta pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

O *check list* formulado foi lançado na plataforma de pesquisa *Survey-monkey*®, plataforma essa que classificou as respostas para cada pergunta formulada, possibilitando a comparação entre as respostas e a análise estatística dos resultados. Após a avaliação dos resultados foram construídas tabelas, demonstrando a adesão ao treinamento realizado, o

número e tipo de incidentes de segurança detectados conforme o *trigger point* empregado e a origem do registro do incidente (*check list*, partograma).

As variáveis contínuas: idade, número de consultas de pré-natal, foram apresentadas em tabelas e analisadas pelos testes estatísticos descritivos (média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo). As variáveis categóricas (condição de saída hospitalar, se alta ou óbito, tipos de incidentes/eventos adversos e grau de dano) serão apresentadas com frequências absolutas e relativas (%).

Foram analisadas as correlações entre incidentes de segurança da paciente puérpera, e neonato e tempo de internação hospitalar, gravidade de incidentes pelo teste de *Spearman*.

Os programas estatísticos utilizados serão STATA versão 13.0 (*Stata Corp, College Station TX*) e SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.0. Serão considerados resultados significantes quando $p < 0,05$.

As comparações entre os pontos de gatilho tradicionais e os ampliados serão feitas, usando-se o programa STATA versão 13.0.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Toda pesquisa apresenta limitações e esta não é diferente, apesar de todo cuidado metodológico no seu desenvolvimento. Assim, podemos citar como limitação da pesquisa o fato de ser realizada em uma única instituição, o que pode limitar a replicação por outros pesquisadores; por ser realizada em hospital público, onde há restrições financeiras podendo por si só ser uma limitação e pelo fato de que tanto o treinamento dos colaboradores como a análise dos dados de prontuário ser feita por um único observador.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A segurança do paciente apresenta-se como um tema que dia a dia torna-se pauta de discussão nas unidades assistenciais de saúde, sendo que em 2014, passou a ser matéria obrigatória na grade curricular de medicina. Embora a segurança do paciente seja um assunto bastante discutido, o estudo e a detecção de eventos adversos na área perinatal são incomuns, por serem considerados nessa área relativamente raros (Milne, Walker & Vlahaki, 2013).

Estudo realizado, em 2009, no Brasil por Mendes, Martins, Rozenfeld & Travassos demonstrou uma incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros em torno de 7,6%. Neste estudo foram incluídas pacientes obstétricas representando 8,3% dos eventos adversos encontrados na assistência hospitalar em hospitais do Rio de Janeiro.

Tradicionalmente os eventos adversos na área hospitalar são detectados após relatos voluntários e rastreamento de erros, mas apenas 10 a 20% dos erros são comunicados espontaneamente, e desses de 5 a 10% levam a algum tipo de dano aos pacientes.

Tornou-se necessário o desenvolvimento de ferramentas mais eficazes para identificação de eventos adversos na área de saúde, especialmente aqueles que levam a danos aos pacientes, para que com esse diagnóstico sejam criadas barreiras, evitando que os mesmos voltem a ocorrer. A identificação e medição de eventos adversos é fundamental para qualquer projeto que priorize a segurança dos pacientes, e dessa forma sejam elencados os problemas a serem trabalhados, dando oportunidade para que ideias surjam objetivando um cuidado mais seguro (Classen, Resar, Griffin, Frederico, Frankel, Kimmel, Whittington, Frankel, Seger & James, 2011). Com a finalidade de detecção de eventos adversos foram desenvolvidos os pontos de gatilho ou *trigger points*.

Foram considerados como primeiros pontos de gatilho na assistência perinatal: transfusão sanguínea, morte intraparto ou neonatal de RN com peso superior a 2.500g, morte materna, retorno da paciente a sala cirúrgica, trauma fetal, ruptura uterina, laceração vaginal de terceiro e quarto grau, *Apgar* de quinto minuto menor que 7, admissão inesperado do RN na UTI neonatal (Pettler, Stephen, Thung *et al.*, 2009). Porém em nosso trabalho acrescentamos outros *trigger points* com o objetivo de aumentar a detecção de incidentes e eventos adversos nessa área tão peculiar, na qual um evento adverso pode prejudicar dois indivíduos diferentes ao mesmo tempo, mãe e filho.

4.1 Características demográficas

Este estudo foi composto por 249 admissões da Unidade de Medicina Perinatal da instituição pesquisada. A admissão dessas pacientes foi realizada no pronto socorro de obstetrícia da unidade, que é referência para gestações de alto risco da região, mas atende também pacientes consideradas de baixo risco. A demanda para a referida unidade hospitalar, dá-se por demanda espontânea e referenciada.

A tabela 1 apresenta as características demográficas da população estudada, na qual observamos que a idade das pacientes variou de 14 a 45 anos de idade com uma média de 29 anos, dados semelhantes ao encontrado por do Carmo Leal, da Gama, Campos, Cavalini, Garbayo, Brasil & Szwarcwald (2004).

Das 249 pacientes 63 pacientes (25%) declaravam ter união consensual e 132 (53%) eram solteiras, no estudo de do Carmo Leal *et al* a maioria das pacientes declaravam-se casadas.

Na nossa pesquisa 156 (63%) haviam estudado até o segundo grau e 67 (27%) até o primeiro grau completo, sendo que nenhuma das pacientes declarou-se analfabeta, diferente ao encontrado num estudo em 2002 Primo, Amorim, & Castro (2007).

A idade gestacional no momento do parto variou de 28 a 42 semanas, sendo que 153 pacientes (61%) tinham idade gestacional compreendida entre 37 a 40 semanas completas de gestação, novamente diferindo ao encontrado em 2002 por Primo, Amorim, & Castro (2007).

Vinte e quatro pacientes (10%) afirmaram ser tabagistas, 3 pacientes (1%) utilizavam álcool pelo menos 2 vezes por semana e 4 (1,6%) usavam drogas ilícitas como maconha, cocaína e *crack*. Revisão bibliográfica sobre drogas de abuso e gestação, realizada em 2008 por Yamaguchi, Cardoso, Torres & Andrade, demonstrou que 5,7% das mulheres brasileiras são dependentes de álcool, 10% das mulheres americanas utilizaram cocaína durante a gestação, apenas 20% das pacientes tabagistas suspendem no decorrer da gestação e a incidência de utilização de maconha varia de 10% a 27%. *Em trabalho realizado no Sul do país demonstrou que o fumo materno durante toda a gestação está associado inversamente ao peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer* (Freitas, Gallarreta & de Moraes, 2014); o uso de álcool na gestação pode acarretar a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) que é a mais grave das consequências da exposição fetal ao álcool e resulta em défices no desenvolvimento físico e neurológico do feto que se mantêm ao longo da vida do RN (Rodrigues, 2014), as crianças afetadas apresentam alterações de aprendizagem, memória, atenção, linguagem, comportamento e dificuldade de interação com outros indivíduos e com frequência, essas condições afetam, de forma negativa, o desempenho escolar e social da criança (Ramalho &

Santos, 2015). O uso de crack parece estar aumentando entre as mulheres grávidas no Brasil, sendo que essa exposição fetal resulta em distúrbios neurocomportamentais nos recém-nascidos e maior morbidade obstétrica e pediátrica, pois o uso de drogas como o crack na gestação pode ser tóxico para o organismo fetal, tanto em nível sistêmicos quanto cerebral, ocasionando que o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) esteja aumentado no cérebro dos RN e esse fator parece estar envolvido na mediação do processo de adaptação do organismo ao stress crônico, incluindo o abuso de drogas na fase adulta (Mardini, Szobot, Fogaça, Flores, Cunha, Calixto & Rohde, 2013).

Idade (anos)	Mínima		Máxima		Média +DP
	14		45		29,5 (9,23)
Estado civil	Solteira	Casada	Divorciada	Viúva	União consensual
	132 - 53%	50 - 20%	3 - 1%	1 - 0,4%	63 - 25%
Grau de escolaridade	Até 1º grau completo	Até 2º grau completo	Superior incompleto	Superior completo	
	67 - 27%	156 - 63%	15 - 6%	11 - 4%	
Tabagista	Não	1 a 5 cig/dia	6 a 10 cig/dia	11 a 20 cig/dia	> 20 cig/dia
	225 - 90%	11 - 4%	7 - 3%	4 - 2%	2 - 1%
Etilista	Não	Até 2x/semana	3x/semana	4 a 6x/semana	Diariamente
	246 - 99%	3 - 1%	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%
Drogas ilícitas	Não	Até 2x/semana	3x/semana	4 a 6x/semana	Diariamente

	245	2	0	1	1
	98,4%	0,8%	0%	0,4%	0,4%

Tipo de droga utilizada	Maconha	Cocaína	Crack
	2	2	1

Idade gestacional no parto (semanas)	<28 semanas	28 1/7 a 33 6/7sem.	34 sem. a 36 6/7 sem.	37 sem. a 40 sem.	Mais de 40 sem.
	0 – 0%	5 – 2%	20 – 8%	153 – 61%	71 – 29%

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E IDADE GESTACIONAL DO PARTO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.

A tabela dois demonstra a distribuição de doenças gestacionais, aderência a assistência pré-natal, grau de escolaridade, estado civil e idade gestacional no momento da admissão de acordo com a faixa etária da paciente. Quando comparados os grupos pudemos detectar que as pacientes solteiras, em sua maioria tem menos que 21 anos ($p=0,0018$), como também nesse grupo de pacientes o grau de escolaridade foi menor, com apenas o primeiro grau completo ($p=0,005$). As doenças gestacionais mostraram ser mais frequentes nas pacientes com mais de 35 anos. O parto prematuro foi estatisticamente significativo nas pacientes com idade de 21 a 35 anos ($p=0,0005$), diferente do que foi observado em estudo realizado por Andrade, Linhares, Martinelli, Antonini, Lippi, & Baracat, (2004), no qual observaram aumento dos partos prematuros após 35 anos.

		idade					
		< 21 anos		21 a 35 anos		> 35 anos	
		número	%	número	%	número	%
Doenças gestacionais		7	11	46	72	11	17
Aderência ao pré-natal	Pré-natal \geq 6 consultas	45	18	133	53	20	8
	Pré-natal < 6 consultas	12	5	36	14	3	1
	1º grau	12	4,8	16	6,4	8	3,2

Grau de escolaridade	incompleto						
	1º grau completo	11	4,4	19	7,6	1	0,4
	2º grau incompleto	13	5,2	22	8,8	3	1,2
	2º grau completo	20	8,0	91	36,5	7	2,8
	superior incompleto	0	0,0	12	4,8	3	1,2
	superior completo	0	0,0	10	4,0	1	0,4
Estado civil	solteira	36	14,5	86	34,5	10	4,0
	casada	6	2,4	35	14,1	9	3,6
	divorciada	0	0,0	3	1,2	0	0,0
	viúva	0	0,0	1	0,4	0	0,0
	união consensual	13	5,2	47	18,9	3	1,2
Idade gestacional no momento do parto	até 37 semanas	3	1,2	20	8,0	2	0,8
	37 a 40 semanas	33	13,3	107	43,0	13	5,0
	mais de 40 semanas	19	7,6	44	17,7	8	3,2

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DAS PACIENTES COM RELAÇÃO A ADESAO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL, GRAU DE ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL E IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO.

Das 249 internações a incidência de eventos adversos foi de 38,95% (97 eventos), contrastando com a literatura, estima que os EAs em pacientes internados em geral seja de aproximadamente 10% (tabela 3). O uso do check list ampliado permitiu a detecção de um número expressivo de EAs quando comparado com a incidência de eventos adversos na área perinatal, usando o check list tradicional no qual acredita-se permanecer em torno de 5%.

Evento adverso	Número	Percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	27	27,8
Índice de <i>Apgar</i> menor que 7 no quinto minuto de vida	11	11,3
Trauma neonatal devido ao parto	7	7,2
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	4	4,1
Laceração 3 /4/grau	2	2,1
Retorno a sala cirúrgica pós alta	1	1,0
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	1	1,0
Rotura Uterina	1	1,0
Transfusão sanguínea	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso>2.500g	0	0,0
Mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> ampliados	70	72,2
Não seguimento do protocolo clínico	38	39,2
Relacionado a medicamentos	20	20,6
Intercorrências no puerpério	9	9,3
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	2	2,1
Complicações anestésicas	1	1,0
Complicação cirúrgica	0	0
Total	97	100%

TABELA 3. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Dos eventos adversos, 27 (27,8%) foram detectados pelos *trigger points* tradicionais e 70 (72,8%) pelo *check list* ampliado, que demonstrou ter uma diferença estatisticamente significativa ($p<0.005$), quando comparamos os dois dados.

O índice de *Apgar* menor que 7 no quinto minuto foi detectado em 11 (11,3%) do total de eventos adversos e 7 recém nascidos (7,2% dos eventos) apresentaram algum tipo de trauma devido ao parto, sendo que um desses traumas foi uma lesão de aproximadamente 6

cm de extensão no couro cabeludo do recém nascido devido a um parto cesárea, 4 RN (4,1%) foram admitidos na UTI com menos de 24h de nascimento. Observou-se que duas pacientes (2%) tiveram que ser submetida a nova intervenção cirúrgica e uma delas ainda continua em tratamento ambulatorial na unidade. Duas pacientes (2%) apresentaram lacerações de terceiro/quarto grau e uma paciente (1%) rotura uterina diagnosticada no momento da cesárea.

No *check list* ampliado observamos a incidência de 20,6% de todos os eventos adversos ocasionados por falha em medicações, mesmo considerando que a paciente no puerpério fisiológico tem necessidade de um número reduzido de medicações. Trabalho realizado em 2012 por Caetano & Melo demonstrou uma frequência de eventos adversos relacionados a medicação em torno de 14,3%, sendo que 31,2% desses o evento ocasionou a necessidade de intervenção para o suporte de vida dos pacientes acometidos.

O número de inobservância do protocolo clínico da instituição também mostrou-se com elevada incidência (39,2%). O avanço tecnológico em saúde tem proporcionado uma gama de opções diagnósticas e terapêuticas no cuidado de saúde, porém isso não significa melhoria da prática assistencial e nem mesmo a melhor terapêutica. A aplicação de protocolos clínicos está associada a implementação de recomendações válidas, levando a uma padronização de fluxos e condutas diagnósticas, assim a implementação e seguimento de protocolos clínicos está associado a um aumento de efetividade na assistência como também melhorando a segurança (ANS). Nove pacientes (9,3%) apresentaram intercorrências no puerpério, duas (2,1%) necessitaram de interconsulta e uma paciente (1%) intercorrências anestésicas.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas após pesquisas feitas no mundo todo. Embora tais práticas sejam descritas e preconizadas desde 1996, ainda encontramos nos dias atuais, as práticas classificadas como não recomendáveis no acompanhamento do trabalho de parto, sendo usadas de forma rotineira em nossas maternidades, muito provavelmente contribuindo com a ocorrência de incidentes e eventos adversos, com também praticas altamente recomendáveis com o preenchimento adequado do partograma sendo negligenciado pelas equipes obstétricas, das 160 pacientes em que tal preenchimento era necessário apenas 47 tinham o preenchimento realizado de forma adequada (tabela 4), porém esse fato não demonstrou ser estatisticamente relevante com relação a ocorrência de eventos adversos na assistência prestada, não significando de forma alguma que isso desqualifica a necessidade do preenchimento do mesmo, uma vez que nosso

estudo envolveu uma grande quantidade de eventos adversos, e o preenchimento adequado do partograma refere-se diretamente ao melhor prognóstico neonatal, como demonstrou trabalho realizado por Lansk, César, Monteiro Neto & Leal (2006) . Além disso, o partograma constitui uma boa ferramenta de comunicação entre as equipes que acompanham o trabalho de parto, além de ser considerado um instrumento barato, efetivo e prático nos mais diversos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, mostrando-se efetivo em prevenir o trabalho de parto prolongado, reduzir as intervenções operatórias e melhorar o resultado neonatal (OMS).

Evento adverso	Partograma completo n=47		Partograma incompleto n=113	
	Número	Percentual	Número	Percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	6	9,8	16	26,2
Trauma neonatal devido ao parto	2	3,3	4	6,6
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	1	1,6	3	4,9
Índice de <i>Apgar</i> menor que 7 no quinto minuto de vida	1	1,6	6	9,8
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	1	1,6	0	0,0
Rotura Uterina	1	1,6	0	0,0
Laceração 3 /4/grau	0	0,0	2	3,3
Retorno a sala cirúrgica pós alta	0	0,0	1	1,6
Transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso>2.500g	0	0,0	0	
Mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> ampliados	10	16,4	29	47,5
Não seguimento do protocolo clínico	6	9,8	16	26,2
Relacionado a medicamentos	1	1,6	10	16,4
Intercorrências no puerpério	3	4,9	3	4,9
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	0	0,0	0	0,0
Complicações anestésicas	0	0,0	0	0,0
Complicação cirúrgica	0	0,0	0	0,0
Total	16	26,2	45	73,8

TABELA 4. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, DE ACORDO COM A ADEQUAÇÃO DO PREENCHIMENTO

ADEQUADO DO PARTOGRAMA DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO.

Com relação ao aparecimento de eventos adversos e a realização de pré-natal (tabela 5) não demonstrou aumento estatisticamente significativo nas pacientes que fizeram menos que 6 consultas ($p=0,422$) com relação àquelas que realizaram mais que 6 consultas, que pode refletir que embora as pacientes estejam tendo mais acesso ao pré-natal a qualidade do mesmo vem sendo discutida principalmente devido ao aumento crescente do número de sífilis congênita considerado um marcador de qualidade do pré-natal (Domingues, Saracen, Hartz & Leal, 2013). Já com relação a comparação das pacientes com patologias gestacionais das não patológicas em que há uma diferença estatística ($p=0,002$), com relação ao aparecimento de eventos adversos (tabela 6).

Evento adverso	Pré-natal ≥6 consultas n=198		Pré-natal < 6 consultas n=51	
	Número	percentual	Número	percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	18	18,6	9	9,3
Índice de <i>Apgar</i> menor que 7 no quinto minuto de vida	8	8,2	3	3,1
Trauma neonatal devido ao parto	4	4,1	3	3,1
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	3	3,1	1	1,0
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	1	1,0	0	0,0
Rotura Uterina	1	1,0	0	0,0
Laceração 3 /4/grau	1	1,0	1	1,0
Retorno a sala cirúrgica pós alta	0	0,0	1	1,0
Transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso>2.500g	0	0,0	0	0,0
Mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> ampliados	62	63,9	8	8,2

Não seguimento do protocolo clínico	34	35,1	4	4,1
Relacionado a medicamentos	17	17,5	3	3,1
Intercorrências no puerpério	9	9,3	0	0,0
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	2	2,1	0	0,0
Complicações anestésicas	0	0,0	1	1,0
Complicação cirúrgica	0	0,0	0	0,0
Total	80	82,5	17	17,5

P=0,422

TABELA 5. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, DE ACORDO COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL RECEBIDA.

Evento adverso	Patologias gestacionais n=64		Sem Patologia n=180	
	Número	percentual	Número	percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	5	5,7	16	18,2
Índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida	3	3,4	3	3,4
Trauma neonatal devido ao parto	2	2,3	5	5,7
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	0	0,0	4	4,5
Retorno a sala cirúrgica pós alta	0	0,0	1	1,1
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	0	0,0	1	1,1
Transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso>2.500g	0	0,0	0	0,0
Rotura Uterina	0	0,0	0	0,0
Laceração 3 /4/grau	0	0,0	2	2,3
Mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> ampliados	32	39,8	35	22,7
Não seguimento do protocolo clínico	20	22,7	16	18,2
Relacionado a medicamentos	11	12,5	9	10,2

Intercorrências no puerpério	1	1,1	8	9,1
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	0	0,0	1	1,1
Complicações anestésicas	0	0,0	1	1,1
Complicação cirúrgica	0	0,0	0	0,0
Total	37	42	51	58

P=0,002

TABELA 6. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIAS GESTACIONAIS.

Na tabela 7 podemos verificar que não houve diferença estatisticamente significativa com relação a detecção de eventos adversos dos partos realizados no período diurno ou noturno ($p=0,684$). O mesmo ocorrendo quando comparamos a frequência de eventos adversos em partos induzidos e espontâneos, a faixa etária das pacientes e a idade gestacional no momento do parto (tabelas 8, 9 e 10)

Evento adverso	Plantão diurno n=161		Plantão Noturno n=88	
	Número	percentual	Número	percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	18	18,6	9	9,3
Índice de <i>Apgar</i> menor que 7 no quinto minuto de vida	5	5,2	6	6,2
Trauma neonatal devido ao parto	5	5,2	2	2,1
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	4	4,1	0	0,0
Laceração 3 /4 grau	2	2,1	0	0,0
Retorno a sala cirúrgica pós alta	1	1,0	0	0,0
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	1	1,0	0	0,0
Rotura Uterina	0	0,0	1	1,0
Transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso >2.500g	0	0,0	0	0,0
Mudança de via de parto durante o	0	0,0	0	0,0

procedimento				
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> ampliados	43	44,3	27	27,8
Não seguimento do protocolo clínico	24	24,7	14	14,4
Relacionado a medicamentos	15	15,5	5	5,2
Intercorrências no puerpério	2	2,1	7	7,2
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	1	1,0	1	1,0
Complicações anestésicas	1	1,0	0	0,0
Complicação cirúrgica	0	0,0	0	0,0
Total	61	62,9	36	37,1

P=0,684

TABELA 7. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, COMPARANDO A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO PERÍODO NOTURNO E DIURNO.

Trabalho realizado por Souza, Bezerra, Silva, Carneiro, Paranaguá, & Lemos (2011), em um centro cirúrgico de um hospital universitário evidenciou maior ocorrência de eventos adversos no período diurno que noturno.

Evento adverso	Parto induzido n=66		Parto não induzido n=183	
	Número	percentual	Número	percentual
EA- detectados pelos <i>trigger points</i> tradicionais	8	8,2	19	19,6
Índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida	4	4,1	7	7,2
Trauma neonatal devido ao parto	1	1,0	6	6,2
RN admitido na UTI <24 horas de nascimento	2	2,1	2	2,1
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	0	0,0	1	1,0
Rotura Uterina	1	1,0	0	0,0

Laceração 3 /4/grau	0	0,0	2	2,1
Retorno a sala cirúrgica pós alta	0	0,0	1	1,0
Transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0
Morte fetal ou neonatal com peso>2.500g	0	0,0	0	0,0
Mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0
Uso de ocitócico em doses superiores às preconizadas	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos trigger points ampliados	27	27,8	43	44,3
Não seguimento do protocolo clínico	15	15,5	23	23,7
Relacionado a medicamentos	11	11,3	9	9,3
Intercorrências no puerpério	1	1,0	8	8,2
Solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	0	0,0	2	2,1
Complicações anestésicas	0	0,0	1	1,0
Complicação cirúrgica	0	0,0	0	0,0
Total	35	36,1	62	63,9

TABELA 8. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, COMPARANDO O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO DO TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO.

O manejo das pacientes em indução do parto deve ser cuidadoso, observando-se as principais contraindicações, os riscos e as precauções. Podemos citar como possíveis complicações: a ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução. A indução do parto também pode ocasionar taquissístolia ou hiperestimulação uterina, sendo que caso isso ocorra algumas medidas devem ser realizadas com retirar o agente indutor e muitas vezes a tocólise pode ser necessária (Souza, Costa, Coutinho, Noronha Neto, & Amorim, 2010) portanto os partos induzidos, caso não sejam adequadamente acompanhados podem apresentar mais eventos adversos em sua assistência.

Evento adverso	idade até 21 anos n=57		21 a 35 anos n=169		maior que 35 anos n=23	
	número	percentual	número	percentual	número	percentual
EA- detectados pelos <i>triggers points</i> tradicionais	8	8,2	15	15,5	4	4,1
RN admitido na UTI < 24h de vida	1	1,0	2	2,1	1	1,0
índice de <i>Apgar</i> menor que 7 no quinto minuto	4	4,1	5	5,2	2	2,1
retorno a sala cirúrgica pós alta	0	0,0	1	1,0	0	0,0
retorno a sala cirúrgica durante a internação	0	0,0	0	0,0	1	1,0
transfusão sanguínea	0	0,0	0	0,0	0	0,0
morte fetal ou neonatal com peso > 2.500g	0	0,0	0	0,0	0	0,0
rotura uterina	0	0,0	1	1,0	0	0,0
laceração 3 ou 4 grau	0	0,0	2	2,1	0	0,0
trauma neonatal devido ao parto	3	3,1	4	4,1	0	0,0
mudança de via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0
uso de ocitócico em dose superior que a preconizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
EA- detectados pelos <i>triggers points</i> ampliados	13	13,4	47	48,5	10	10,3
relacionados a medicamentos	4	4,1	13	13,4	3	3,1
intercorrências no puerpério	1	1,0	7	7,2	1	1,0
não segmento do protocolo clínico	8	8,2	25	25,8	5	5,2
solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	0	0,0	1	1,0	1	1,0
complicações anestésicas	0	0,0	1	1,0	0	0,0
complicações cirúrgicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
total	21	21,6	62	63,9	14	14,4

TABELA 9. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, COMPARANDO A IDADE DA PARTURIENTE.

Evento adverso	IG até 33 semanas e seis dias n=5		34 sem. até 36 sem e seis dias n=20		37 a 40 semanas n=151		maior que 40 semanas n=71	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EA- detectado pelos <i>Trigger points</i> tradicionais	4	4,1	2	2,1	14	14,7	7	7,2
RN admitido na UTI < 24h de vida	1	1,0	1	1,0	0	0,0	2	2,1
índice de <i>Apgar</i> < 7 no quinto minuto de vida	1	1,0	1	1,0	7	7,2	2	2,1
retorno a sala cirúrgica pós alta	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
retorno a sala cirúrgica durante a internação	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
transusão sanguínea	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
morte fetal ou neonatal com peso > 2.500g	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
rotura uterina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
laceração de 3° ou 4° grau	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0
trauma neonatal devido ao parto	1	1,0	0	0,0	4	4,1	2	2,1
mudança da via de parto durante o procedimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
uso de ocitócico em doses superiores a preconizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
EA- detectado pelos <i>Trigger points</i> ampliados	2	2,1	7	7,2	39	40,2	22	22,7
relacionados a medicamentos	0	0,0	3	3,1	13	13,4	4	4,1
intercorrências no puerpério	0	0,0	0	0,0	6	6,2	3	3,1
não segmento do protocolo clínico	1	1,0	4	4,1	19	19,6	14	14,4
solicitação de interconsulta com outra especialidade não realizada	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
complicações anestésicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
complicações cirúrgicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	6	6,2	9	9,3	53	54,6	29	29,9

TABELA 10. NÚMERO E PERCENTUAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, COMPARANDO A IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO.

Alguns dados de nossa pesquisa não foram comparados com a literatura, pois não pudemos encontrar trabalhos semelhantes na literatura até o momento, o mostra o aspecto inovador deste estudo.

5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Diante dos resultados expostos, fica evidente que os eventos adversos na área de medicina perinatal não são raros. Dessa forma torna-se importante a utilização de ferramentas, como o *check list* ampliado para a detecção dos eventos adversos na área em questão, para a criação de barreiras para que os mesmos não voltem a ocorrer. Esse *check list* por nós desenvolvido possibilitou a detecção de um número expressivo de incidentes de segurança e de EAs no período perinatal, tratando-se de ferramenta de aplicação fácil, sem custo, podendo ser replicada e usada em outras instituições congêneres.

A aplicação desse *check list* permitirá contribuir para o aprimoramento contínuo de cada serviço perinatal, com base em dados localmente coletados. A discussão com a equipe multiprofissional do serviço perinatal periodicamente das falhas detectadas orientará o planejamento, treinamento e ações dirigidas para mitigar a ocorrência dos EAs interferindo diretamente para uma melhor assistência perinatal e, conseqüentemente espera-se que, ao longo do tempo haja uma possibilidade de redução da mortalidade materna e neonatal.

Porém sem a participação do gestor incentivando e motivando o preenchimento adequado do *check list*, a revisão sistemática dos prontuários, nos quais o *check list*, apontou uma possível falha no atendimento prestado a paciente e seu recém nascido, nunca com a intenção de punição dos envolvidos, mas sim com o intuito de conhecer as principais causas que levam a esses eventos acontecerem e a criação de barreiras para evitar os mesmos, a implementação exclusiva do *check list*, não levará a uma assistência mais segura. É notória também a necessidade de orientação da equipe de assistência para seguimento dos protocolos institucionais, melhores práticas de assistência ao parto preconizadas pela OMS, para que com todas essas mudanças em conjunto seja prestada a paciente obstétrica um cuidado mais seguro, com relação a segurança do paciente no âmbito hospitalar.

Fica claro também a necessidade da monitorização constante por parte do gestor de saúde para que melhorias alcançadas e implementadas sejam reavaliadas de forma contínua através do constante monitoramento e adequação da assistência prestada, sempre objetivando que melhorias não sejam perdidas com o passar do tempo.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Grunebaum em 2007 apresenta em seu artigo que prêmios de negligência para obstetras têm aumentado significativamente nas últimas décadas, e este aumento continua a ser uma grande preocupação para a maioria dos profissionais da área. A maioria dos casos de morte e de lesões perinatais estão relacionadas a problemas com a cultura organizacional e com a comunicação entre os profissionais.

Os eventos adversos mostraram-se frequentes na área obstétrica da instituição pesquisada (38,95%) e medidas devem ser tomadas pelo gestor da área para que ocorra uma diminuição dramática dessas ocorrências e com isso ocorra uma melhora da assistencial para as pacientes que procuram atendimento nesse serviço. Dev-se ressaltar que a maioria dos eventos adversos observados no nosso estudo forma do tipo evitável, portanto cabe ao gestor de saúde a implementação e monitoramento do uso de ferramentas como a aqui apresentada para o reconhecimento dos EAs no período perinatal de cada instituição para o gerenciamento adequado desse setor hospitalar.

A necessidade de conscientização dos profissionais para a adesão ao protocolo clínico da instituição também demonstra ser uma prioridade, pois nota-se que 39,2% dos eventos foram ocasionados por essa falta de adesão dos profissionais, fato que pode ser rapidamente revertido com a conscientização dos profissionais da área da importância dessa adesão e também o controle e cobrança do preenchimento adequado do partograma.

Esse estudo apresenta alguma limitação quanto a coleta de dados, pois baseou-se na análise dos prontuários de atendimento, sendo que EAs podem não ter sido devidamente relatados no prontuário, mas os resultados encontrados neste estudo permitem que seja feito um plano de ação para mitigar a ocorrência de EAs no setor perinatal da instituição pesquisada.

Finalizando, esta pesquisa traz contribuições inovadoras ao apresentar uma ferramenta de fácil aplicação para detecção de incidentes de segurança e de EAs que podem ser analisadas em tempo real. Sugerimos ainda que o checklist seja incorporado ao prontuário eletrônico possibilitando que os relatórios gerenciais resultantes sirvam também como indicadores de qualidade da assistência materno-neonatal.

REFERÊNCIAS

- ALFIREVIC, Z., DEVANE, D., & GYTE, G. M. (2006). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD006066.
- ALMEIDA, P. D., DE ARAUJO FILHO, A. C. A., DE ARAÚJO, A. K. L., CARVALHO, M. L., DA SILVA, M. G. P., & DE ARAÚJO, T. M. E. (2015). Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Revista Interdisciplinar*, 8(1), 62-70.
- ANDRADE, P. C., LINHARES, J. J., MARTINELLI, S., ANTONINI, M., LIPPI, U. G., & BARACAT, F. F. (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO*, 26(9), 697-702.
- AMARAL, E., LUZ, A. G., & SOUZA, J. P. D. D. (2007). A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 29(9), pp 484-9.
- ANDRADE, A. T. L., GUERRA, M. D. O., ANDRADE, G. D., ARAUJO, D. D. C., & SOUZA, J. D. (2006). Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(7), pp 380-7.
- ANS, www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-01.pdf
- ANVISA. (2013). Assistência Segura. Uma Reflexão Teórica Aplicada à prática. Recuperado em 10 de maio, 2015 de http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf.
- ANVISA. (2014). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Recuperado em 10 de abril de 2015 de <http://proqualis.net/livro/servi%C3%A7os-de-aten%C3%A7%C3%A3o-materna-e-neonatal-seguran%C3%A7a-e-qualidade#.VV3sIKaQU2v>.
- ARAÚJO JÚNIOR, C. A. (2006). Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(7), pp 377-379.
- Araujo, R. (2007). Prevenção ou punição? Considerações para revisão da lógica no controle de tráfego aéreo do Brasil. *Observatório Social*, 4(06).
- ALMEIDA, M. F. B. D., BARBOSA, A. D., & CAVALCANTE, R. S. (2007). Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido. *Documento científico produzido pelo*

Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em <http://www.sbp.com.br> acesso em, 16(02).

BARRETO, J. O. M., NERY, I. S., & BRANDÃO, Y. M. M. (2011). Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. *Cogitare Enfermagem*, 16(1), pp 85-95.

CAETANO, K. E. R. E., & MELO, P. (2012). Avaliação de eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(1), 121-127.

CALDEIRA, A. P., FRANÇA, E., PERPÉTUO, I. H. O., & GOULART, E. M. A. (2005).

Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. *Rev saúde pública*, 39(1), 67-74.

CARNEIRO, S.F., BEZERRA, A.L.Q., CAMARGO E SILVA, A.S.B., SOUZA, L.P.,

PARANAGUA, T.T.B. & BRANQUINHO, N.C.S.S. (2011). Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade, *Revista de enfermagem*, 19(2), pp 204-11. <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>.

CARNEIRO, S.F., BEZERRA, A.L.Q., CAMARGO E SILVA, A.S.B., SOUZA, L.P.,

PARANAGUA, T.T.B. & BRANQUINHO, N.C.S.S. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), pp 287-94.

CASSIANI, S. H. D. B. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*, 58(1), pp 95-9.

CECATTI, J. G., ALBUQUERQUE, R. M. D., HARDY, E., & FAÚNDES, A. (1998). Maternal mortality in Recife: causes of maternal deaths. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20(1), 7-11.

CLASSEN, D. C., RESAR, R., GRIFFIN, F., FEDERICO, F., FRANKEL, T., KIMMEL, N., ... & JAMES, B. C. (2011). 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs*, 30(4), 581-589.

CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., & PORTER, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), pp 202-207.

CECATTI, J. G., & CALDERÓN, I. D. M. P. (2005). Beneficial interventions during delivery for the prevention of maternal mortality. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(6), pp 357-365.

- CHEROUNY, P.H., FEDERICO, F.A., HARADEN, C., GULLO S.L., RESAR, R., (2005), *Idealized Design of Perinatal Care, IDH*.
- COOPER, D., & SCHINDLER, P. S. (2011). *Métodos de pesquisa em administração* (10ª edição). Porto Alegre. Editora Bookman.
- CORREA, C. R., & CARDOSO JUNIOR, M. M. (2007). Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. *Associação Brasileira de Engenharia de Produção*, 17(1), pp 186-198.
- COLLINS, K. J., & DRAYCOTT, T. (2015). Measuring Quality of Maternity Care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.021>.
- Cunha, S. F., Júnior, A. D. E., Rios, C. T. F., Pestana, A. L., Mochel, E. G., & de Souza Paiva, S. (2010). Peregrinação no anteparto em São Luis Maranhão. *Cogitare Enfermagem*, 15(3).
- CUNNINGHAM, F. G., LEVENO, K. J., BLOOM, S. L., HAUTH, J. C., ROUSE, D. J., & SPONG, C. Y. (2012). *Obstetricia de Williams*. Visão da obstetrícia. McGraw Hill Brasil.
- DARIPA, M., CALDAS, H. M. G., FLORES, L. P. O., WALDVOGEL, B. C., GUINSBURG, R., & DE ALMEIDA, M. F. B. (2013). Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. *Rev Paul Pediatr*, 31(1), 37-45.
- DA SILVA, C. M. F. G., & BARROSO, F. F. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205.
- DATASUS, (2000) Ministério da Saúde, recuperado em 13 de abril de 2015. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>.
- DATASUS (2009) Ministério da Saúde, recuperado em 13 de abril de 2015, www.datasus.gov.br/idb2009
- DE CAMARGO SILVA, A. E. B., DE BERTOLI CASSIANI, S. H., MIASSO, A. I., & OPITZ, S. P. (2007). Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*, 20(3), pp 272-6.
- DE CAMARGO SILVA, A. E. B., REIS, A. M. M., MIASSO, A. I., SANTOS, J. O., & CASSIANI, S. H. D. B. (2011). Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* 19(2), pp 378-386.
- DE SOUZA, A. R. & AMORIM, M. R. (2008). Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Revista de Exemplo*, 21(3), pp 229-40.

DE TOLEDO, S. F., DOS REIS GUIDONI, R., MARCELLINI, C., BUZZINI, R. F., & LAHAM, S. (2007). O papel do obstetra na prevenção dos óbitos perinatais. *Femina*, 35(03), pp 167-174.

DO CARMO LEAL, M., DA GAMA, S. G. N., CAMPOS, M. R., CAVALINI, L. T., GARBAYO, L. S., BRASIL, C. L. P., & SZWARCOWALD, C. L. (2004). Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001 Factors associated with perinatal morbidity. *Cad. Saúde Pública*, 20(Sup 1), S20-S33.

DOMINGUES, R. M. S. M., DE ARAÚJO HARTZ, Z. M., DIAS, M. A. B., & DO CARMO LEAL, M. (2012). Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(3), pp 425-437.

DOMINGUES, R. M. S. M., SARACEN, V., HARTZ, Z. M. D. A., & LEAL, M. D. C. (2013). Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 47(1), 147-157.

DOS SANTOS, T. C. R., ROSEIRA, C. E., PIAI-MORAIS, T. H., & DE FIGUEIREDO, R. M. (2014). Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), pp 70-77.

DUARTE, G., CUNHA, S. P. D., SHIMAZAKI, W. S., MARCOLINO, A. C., NOGUEIRA, A. A., BEREZOWSKI, A. T., & MAUAD FILHO, F. (1997). Tocotraumatismo com repercussão neonatal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 19(1), pp 7-11.

FREITAS, S. R., GALLARRETA, F. M. P., & DE MORAIS, E. N. (2014). Tabagismo e gestação: análise de uma amostra de conveniência de puérperas do Hospital Universitário de Santa Maria. *Revista da AMRIGS*, 58(3), 198-202.

GIL, C. A. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª edição, *São Paulo: Atlas*.

Giordani, F., Rozenfeld, S., Oliveira, D. F. M., Versa, G. L. G. S., Terencio, J. S., Caldeira, L. D. F., & ANDRADE, L. C. (2012). Vigilância de eventos adversos a medicamentos em hospitais: aplicação e desempenho de rastreadores. *Rev Bras Epidemiol*, 15(3), pp 455-67.

GRIFFIN, F. A., & RESAR, R. K. (2009). IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events. IHI Innovation Series white paper. *Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement*.

- GOMES, J. C. M., DE FREITAS DRUMOND, J. G., & DE FRANÇA, G. V. (2001). *Erro médico*. Editora Unimontes, <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/carlos/Erro.pdf>
- HUG, B. L., KEOHANE, C., SEGER, D. L., YOON, C., & BATES, D. W. (2012). The costs of adverse drug events in community hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(3), pp 120-126.
- HENDRICH, A. (2006). Inpatient falls: lessons from the field. *Patient safety and quality healthcare*, 3(3), pp 26-30.
- JACKSON, T. (2009). 1 dollar in seven: scoping the economics of patient safety: a literature review prepared for the Canadian Patient Safety Institute. *Alberta: Canadian Patient Safety*.
- KAEMMERER, A. Segurança na atenção hospitalar. *Revista Debates GVsaúde*, (6), pp 5-12.
- KNIGHT, M., LEWIS, G., ACOSTA, C. D., & KURINCZUK, J. J. (2014). Maternal near-miss case reviews: the UK approach. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s4), pp 112-116.
- KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., & DONALDSON, M. S. (EDS.). (2000). *To Err Is Human:: Building a Safer Health System*. National Academies Press.
- LAGE, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. <http://hdl.handle.net/10400.17/1273>
- LANSKY, S., FRANÇA, E., CÉSAR, C. C., MONTEIRO NETO, L. C., & LEAL, M. D. C. (2006). Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública*, 22(1), pp 117-30.
- LAURENTI, R. (1988). Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Revista de Saúde Pública*, 22(6), pp 507-512.
- LEAL, M. D. C., & VIACAVA, F. (2002). Maternidades do Brasil. *Radis*, 2, pp 8-26.
- LONGO, C. S. M., ANDRAUS, L. M. S., & BARBOSA, M. A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), pp 386-91.
- LYNDON, A., JOHNSON, M. C., BINGHAM, D., NAPOLITANO, P. G., JOSEPH, G., MAXFIELD, D. G., & O'KEEFFE, D. F. (2015). Transforming Communication and Safety

- Culture in Intrapartum Care: A Multi-Organization Blueprint. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 44(3), pp 341-49.
- MADI, J. M., DE MORAIS, E. N., TESSARI, D. T., DE ARAÚJO, B. F., ZATTI, H., DE CARLI, M. E. S., ... & DE OLIVEIRA, F. H. (2010). Tocotraumatismo materno e fetal. Experiência de um hospital universitário nível III. *Revista da AMRIGS*, 54(2), pp 162-168.
- MADI, J. M., DEON, J., ROMBALDI, R. L., ARAÚJO, B. F. D., ROMBALDI, M. C., & SANTOS, M. B. D. (2013). Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(11), 516-522.
- MADI, J. M., ROMBALDI, R. L., OLIVEIRA FILHO, P. F. D., ARAÚJO, B. F. D., ZATTI, H., & MADI, S. R. C. (2006). Fatores maternos e perinatais relacionados à macrosomia fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(4),pp 232-7.
- MALTA, D. C., DUARTE, E. C., ALMEIDA, M. F. D., DIAS, M. A. D. S., MORAIS NETO, O. L. D., MOURA, L. D., ... & SOUZA, M. D. F. M. D. (2007). Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil, 16(4), pp 233-244.
- MARCONI, M. D. A., & LAKATOS, E. M. (2010). Fundamentos de metodologia científica. In *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo. Atlas.
- MARDINI, V., SZOBOT, C. M., FOGAÇA, R. F. H., FLORES, M. E. C., CUNHA, G. B. D., CALIXTO, M. D. L., ... & ROHDE, L. A. P. (2013). Níveis séricos de bdnf no sangue do cordão umbilical (SCU) entre bebês expostos e não expostos durante a gravidez. *Revista HCPA. Porto Alegre*.
- MARTINI, A. C., & DALL'AGNOL, C. M. (2005). Por que lavar ou não as mãos?: motivos de um grupo de enfermagem. *Revista gaúcha de enfermagem= Revista gaucha de enfermeria= Nursing journal of Rio Grande do Sul. Porto Alegre*. Vol. 26(1), pp 88-101.
- MARTINS, E. F., REZENDE, E. M., LANA, F. C. F., & SOUZA, K. V. D. (2013). Óbitos perinatais investigados e falha na assistência hospitalar ao parto. *Esc Anna Nery Rev Enfem*, 17(1), pp 38-45.
- MARTINS, G. D. A., & THEÓPHILO, C. R. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2ª edição, São Paulo: Atlas
- MENDES, W., MARTINS, M., ROZENFELD, S., & TRAVASSOS, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, mzp022.

- MENDES, J. D. V., & OSIANO, V. L. R. L. (2013). A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, 10(114), pp 17-29.
- MIASSO, A. I., & CASSIANI, S. H. D. B. (2000). Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), pp 16-25.
- MILNE, J.K., WALKER, D.E., VLAHAKI, D., (2013) *Reflection on the Canadian MORE^{OB} obstetrical risk management programme*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 27 (2013) 563–569
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002). Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Anvisa). (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). Portaria 529 de 1^o de abril de 2013, (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- MONTENEGRO, C. A. B., & REZENDE FILHO, J. D. (2010). Conceito, Etimologia, Propósitos, Súmula Histórica. Rezende obstetrícia. In *Rezende obstetrícia*. Guanabara Koogan.
- NASCIMENTO, R. M. D., LEITE, Á. J. M., ALMEIDA, N. M. G. S. D., ALMEIDA, P. C. D., & SILVA, C. F. D. (2012). Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. saúde pública*, 28(3), pp 559-572.
- NASCIMENTO, C. C. P., TOFFOLETTO, M. C., GONÇALVES, L. A., FREITAS, W. G., & PADILHA, K. G. (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem*, 16(4), pp 746-51.
- NÁPOLES, D., BAJUELO, A. E., TÉLLEZ, M. S., & COUTO, D. (2004). El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *Medisan*, 8(4), pp 64-72.
- NEME, B. (2006). Obstetrícia Básica. Considerações Gerais, B. Neme, p.951, 3^{ed}. São Paulo: Savier.
- NOVARETTI, M.C.Z., SANTOS, E.V., QUITERIO, L.M., GALLOTTI, R.M.D. (2014). Sobrecarga de Trabalho da Enfermagem e Incidentes e Eventos Adversos em Pacientes Internados em UTI. *Rev Bras Enf*, 67 (5), pp 692-99.

- OLIVEIRA, A. R. R. D., LLERENA JUNIOR, J. C., & COSTA, M. D. F. D. S. (2013). Perfil dos óbitos de recém-nascidos ocorridos na sala de parto de uma maternidade do Rio de Janeiro, 2010-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(3), pp 501-508.
- PANCIERI, A. P., SANTOS, B. P., AVILA, M. A. G. D., & BRAGA, E. M. (2013). Check list de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital-escola. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*, 34(1), pp 71-8.
- PAVÃO, A. L. B., ANDRADE, D., MENDES, W., MARTINS, M., & TRAVASSOS, C. (2011). Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev bras epidemiol*, 14(4), 651-61.
- PEDREIRA, M. D. L. G. (2009). Enfermagem para a segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), pp v-vi.
- PETTKER, STEPHEN, NORWITZ, BUHIMSCHI, RAAB, COPEL, KUCZYNSKI, LOCKWOOD, FUNAI, Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events MAY 2009 *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 492.e2
- PORTO, S., MARTINS, M., MENDES, W., & TRAVASSOS, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saude Publica*, (10).
- PEREIRA, B. M. T., PEREIRA, A. M. T., CORREIA, C. D. S., MARTTOS, A. C., FIORELLI, R. K. A., & FRAGA, G. P. (2011). Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. *Rev Col Bras Cir [Internet]*, 292-8.
- PRONOVOST, P. J., HOLZMUELLER, C. G., ENNEN, C. S., & FOX, H. E. (2011). Overview of progress in patient safety. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(1), pp 5-10.
- PRIMO, C. C., AMORIM, M. H. C., & CASTRO, D. S. D. (2007). Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. *Rev enferm UERJ*, 15(2), 161-7.
- PRIMO, M. G. B., RIBEIRO, L. C. M., DA SILVA FIGUEIREDO, L. F., SIRICO, S. C. A., & DE SOUZA, M. A. (2010). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), pp 266-71.
- PRODANOV, C. C., & DE FREITAS, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª Edição. Novo Hamburgo. Editora Feevale.

- RAMALHO, J., & SANTOS, M. R. (2015). Alcohol Syndrome: Educative Intervention. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21(3), 335-344.
- REIS, L. G. D. C., PEPE, V. L. E., & CAETANO, R. (2011). Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito; Safe motherhood in Brazil: the long road to the realization of a right. *Physis (Rio J.)*, 21(3), pp 1139-1160.
- RESOLUÇÃO, R. D. C. (2008). nº 36, de 3 de junho de 2008 (BR). *Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [periódico na internet], Brasília (DF), 4*, pp 50-53.
- ROCHA, I.M.S., OLIVEIRA, S.M.J.D., SCHNECK, C.A., DA COSTA, A.S.C., (2009). O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP*, 43(4), 880-8.
- RODRIGUES, L. P. D. S. (2014). Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez.
- ROSA, M. B., & PERINI, E. (2003). Erros de medicação: quem foi. *Rev Assoc Med Bras*, 49(3), pp 335-41.
- ROTTENKOLBER, D., SCHMIEDL, S., ROTTENKOLBER, M., FARKER, K., SALJÉ, K., MUELLER, S., ... & HASFORD, J. (2011). Adverse drug reactions in Germany: direct costs of internal medicine hospitalizations. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 20(6), pp 626-634.
- SAFETY, W. P., & WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011). Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition.
- SANTOS, M. C. D., GRILO, A., ANDRADE, G., GUIMARÃES, T., & GOMES, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. doi <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>
- DOS SANTOS, A. E., & PADILHA, K. G. (2005). Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), pp 429-433.
- SEGURA, A. (2013). Uma Reflexão Teórica Aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

- SOARES, E. S., & MENEZES, G. M. D. S. (2010). Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19(1), pp 51-60.
- SOUZA, A. S. R., COSTA, A. A. R., COUTINHO, I., NORONHA NETO, C., & AMORIM, M. M. R. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, 38(4).
- SOUZA, J. P. (2013). Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(12), pp 533-535.
- SOUZA, L. P. D., BEZERRA, A. L. Q., SILVA, A. E. B. D. C., CARNEIRO, F. S., PARANAGUÁ, T. T. D. B., & LEMOS, L. F. (2011). Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, 19(1), 127-133.
- SOUZA & MENDES (2014). Maternidade Segura. In Nome Costa Reis, L.G.. Segurança do Paciente-Conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SPECTOR, J. M., AGRAWAL, P., KODKANY, B., LIPSITZ, S., LASHOHER, A., DZIEKAN, G., ... & GAWANDE, A. (2012). Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth check list program.
- THIOLLENT, M. (2011). Metodologia da pesquisa-ação. In *Metodologia da pesquisa-ação*. Cortez.
- TRIPP, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3), 443-466.
- TUNÇALP, Ö., & SOUZA, J. P. (2014). Maternal near-miss audits to improve quality of care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s4), pp102-104.
- VEGA, C. E. P. (2001). Normas para redução da mortalidade materna. *Rev Assoc Med Bras* 47(4), pp 287-288.
- VINCENT, C. A., & COULTER, A. (2002). Patient safety: what about the patient?. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), pp 76-80.
- WACHTER, R. M. (2013). *A Abordagem moderna da segurança do paciente: pensamento sistêmico e o modelo do queijo suíço*. *Compreendendo a segurança do paciente*, (2 ed, p 21-31), Porto Alegre, McGrawHill Education/Artmed.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). Objetivos de Desarrollo del Milenio (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). Aliança para a segurança do paciente (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais (2011apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. UNFPA. (2014). Maternal mortality in 2000: estimates develop by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva.

VECINA NETO, G., & MALIK, A. M. (2012). Gestão em saúde. Serviços de atenção direta ao paciente, p.220. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

VEGA, C. E. P. (2001). Normas para redução da mortalidade materna. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(4), 287-288.

YAMAGUCHI, E. T., CARDOSO, M. M. S. C., TORRES, M. L. A., & ANDRADE, A. G. D. (2008). Drogas de abuso e gravidez. *Rev Psiquiatr Clín*, 35(Supl 1), 44-7.

YIN, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos*. 5 edição. Bookman editora.

ZUGAIB, M., RUOCCO, R., (2005). Pré-natal. A consulta pré-natal, Kondo, A.M., p. 295, 3ª edição, São Paulo, editora Atheneu.

7 APÊNDICE

APÊNDICE A: CHECK LIST AMPLIADO PARA DETECÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA PERINATAL. DEVE SER PREENCHIDO POR OCASIÃO DA ALTA/ÓBITO DA PUÉRPERA/RECEM-NASCIDO

1. Partograma:

1.1. Preenchimento: Completo ()

Incompleto (), justifique _____

Não realizado (),

justifique _____

2. Prontuário materno

2.1 Evolução diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

2.2 Prescrição diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

2.3 ALTA hospitalar COMPLETAMENTE preenchida SIM ()

NÃO (), justifique

3. Prontuário neonatal (se gemelar, preencher para cada recém-nascido)

RN-1

3.1 Evolução diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

3.2 Prescrição diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

3.3 ALTA hospitalar COMPLETAMENTE preenchida

SIM ()

NÃO ()

justifique _____

RN-2

3.1 Evolução diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

3.2 Prescrição diária SIM ()

NÃO (), Justifique _____

3.3 ALTA hospitalar COMPLETAMENTE preenchida SIM ()

NÃO (), justifique _____

4. Se óbito materno:

Durante o trabalho de parto ()

Durante o parto ()

Após o parto ()

Reinternação ()

5. Lista de incidentes perinatais. Assinale SIM / Não / não disponível (n.d). Para as respostas SIM e n.d., justifique cada item.

Incidente	SIM	NÃO	N.D
Rotura uterina			
Trauma neonatal devido ao parto			
Avaliação da vitalidade, em desacordo com o preconizado na literatura			
Mudança da via de parto, após a paciente ser admitida na sala do centro-obstétrico			
Laceração de terceiro ou quarto grau, devido a parto vaginal			
Apgar menor que 7, tanto no primeiro, como no quinto minuto			
Transfusão de hemocomponentes			
Retorno a sala cirúrgica durante a internação			
Retorno a sala cirúrgica após alta hospitalar			
Morte materna			
Morte fetal ou neonatal em RN com peso superior a 2.500g			
Parto instrumental			
Intercorrência no período puerperal, tais como: sepse, hematoma de ferida operatória, infecção puerperal, infecção do trato urinário			
Não seguimento do protocolo clínico da instituição pesquisada			
RN admitido na UTI neonatal com menos de 24h de vida			
Convulsão por eclampsia			

8 ANEXOS