



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

Franciane Zabloski Vieira

**ADAPTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO
SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL**

Florianópolis

2024

Franciane Zabloski Vieira

**ADAPTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO
SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração em Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem, na linha de atuação O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

Orientadora: Profa. Roberta Costa, Dra.

Florianópolis

2024

Vieira, Franciane Zabloski

ADAPTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL / Franciane Zabloski Vieira ; orientadora, Roberta Costa, 2024.

157 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Lista de verificação de parto seguro. 3. Serviços de saúde materno infantil. 4. Enfermagem. 5. Segurança do paciente. I. Costa, Roberta. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Franciane Zabloski Vieira

Adaptação e implantação da lista de verificação de parto seguro em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, no dia 01 de dezembro de 2023, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Roberta Costa, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Laís Antunes Wilhelm, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Ariane Thaise Frello Roque, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem atribuído pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Profa. Lúcia Nazareth Amante, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Profa. Roberta Costa, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2024

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre estar junto a mim.

Aos meus pais, Juci Maria Odete Zabloski Vieira pelo amor e educação que me deu e ao meu falecido pai Gilberto Alves Vieira por me permitir ser quem sou hoje.

Ao meu noivo Antônio Marcos Antunes que acompanhou meu desenvolvimento de perto, desde a mudança para Florianópolis, inscrição no mestrado e desenvolvimento do curso, sempre ao meu lado, incentivando e colaborando com o que dependia dele. Obrigada por fazer parte dos meus dias, eu te amo!

Agradeço também aos demais colegas do mestrado e trabalho que convivi durante esses dois anos.

Ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem — Mestrado Profissional, local onde pude aprender e me desenvolver como pessoa e como profissional capacitada a realizar a pesquisa no campo de trabalho, por me proporcionar esta oportunidade e crescimento acadêmico, em especial a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Roberta Costa, muito competente e empática, pelas trocas de conhecimentos e direcionamentos, sempre disposta a me ajudar ao longo desse percurso, sendo inspiração como pessoa e professora.

Obrigada aos membros da banca, por aceitarem o desafio e às palavras de incentivo, Prof^ª. Dr^ª. Laís Antunes Wilhelm e Prof^ª. Dr^ª. Ariane Thaise Frello Roque.

Ao Grupo de Pesquisa LAIPISON e seus membros, que me acolheram desde o início desta trajetória, e que me auxiliaram no desenvolvimento deste processo.

Obrigada aos participantes desta pesquisa, colaboradores da maternidade, que compartilharam suas ideias e inspirações comigo, a favor de um serviço seguro e de qualidade para as gestantes.

Enfim, a todos àqueles que fazem parte da minha vida e aqui não mencionados, que direta ou indiretamente, contribuíram para minha formação e concretização deste sonho. As pessoas encaminhadas por Deus, que são meus guias, ouvintes e apoiadores em todos os momentos e decisões tomadas, meus amigos, colegas e familiares.

Muito obrigada!

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”. Isaac Newton

RESUMO

Introdução: As listas de verificação são instrumentos utilizados como estratégia para a prevenção de danos evitáveis e visam à segurança do paciente e qualificação dos serviços de saúde. A lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial da Saúde é um instrumento organizado de práticas essenciais ao parto, que ajudam a evitar as principais causas de morte materna intraparto e de mortes neonatais que ocorrem em instituições de saúde, em todo o mundo. **Objetivo:** Adaptar e implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa de intervenção, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação, desenvolvida em seis etapas. A primeira foi a identificação do problema na prática, ou seja, a necessidade de implementação da lista de verificação de parto seguro. A segunda foi uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades. A busca foi realizada em bibliotecas virtuais e em bases de dados no mês de agosto de 2022 e atualizado em outubro de 2023. A terceira etapa foi desenvolvida de forma coletiva com o grupo de trabalho multidisciplinar da maternidade e o Núcleo de Segurança do Paciente da instituição investigada. Foi realizado um grupo focal com os profissionais de saúde a fim realizar a adaptação da lista de verificação de parto seguro conforme a rotina da maternidade e protocolo institucional. Após esta etapa foi elaborado um plano de ação para implementação da lista na prática assistencial e implementado na prática a utilização da lista por toda a maternidade. O tratamento dos dados foi por meio da Análise de Conteúdo de Bardin com o auxílio do software Iramutec. Durante o processamento dos dados pelo software foi realizada a análise da lexicometria, a Análise Fatorial de Correspondência, a Análise da Classificação Hierárquica Descendente, a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 5.833.282. **Resultados:** Na revisão integrativa de literatura foram selecionados 11 artigos que foram analisados a partir de quatro categorias temáticas 1) Envolvimento da liderança; 2) Treinamento e coaching para motivar a mudança de comportamento 3) Disponibilidade da lista de verificação de parto seguro e 4) Feedback. Através do grupo focal com os profissionais da maternidade foi possível adaptar a Lista a realidade da instituição e elaborar um plano de ação para utilização da Lista na prática assistencial, assim como seu protocolo operacional padrão. Para implementação da lista foram desenvolvidas as seguintes estratégias: Treinamento com os líderes de cada setor da maternidade, publicidade acerca do dia do lançamento, monitoramento contínuo com feedbacks. Também foi realizada uma avaliação do processo após um mês de uso do instrumento. A análise dos dados possibilitou ainda a identificação de seis categorias: i) Principais agravos na assistência à mulher e recém-nascido; ii) Situações que podem gerar eventos adversos na assistência; iii) Eventos adversos no Centro Obstétrico; iv) Segurança do paciente; v) Importância da Lista de Verificação de Nascimento Seguro; e vi) Estratégias para implementar a Lista de Verificação de Nascimento Seguro. **Produto:** Com esta pesquisa de intervenção foi possível criar dois produtos técnicos: a Lista de Verificação de Nascimento Seguro e o seu protocolo operacional padrão. Estes instrumentos foram implementados na prática e vem auxiliando na organização do processo de trabalho na instituição de saúde. **Considerações finais:** A Lista de Verificação de Nascimento Seguro, adaptada à realidade local vem ao encontro às necessidades apontadas pelas equipes, a fim de contribuir para a instrumentalização dos profissionais de enfermagem em relação a identificação, avaliação, prevenção e controle das principais causas de erros durante a assistência materna e neonatal. A implementação de instrumento como este, visa à melhoria e aperfeiçoamento do cuidado junto à equipe de saúde, voltados para a segurança na assistência materna e neonatal. Assim, espera-

se que a intervenção aqui apresentada promova melhoria da assistência ao parto, a fim de minimizar possíveis falhas durante a assistência e garantir a qualidade dos serviços de saúde.

Descritores: Lista de verificação de parto seguro, Serviços de saúde materno infantil, Segurança do paciente, Qualidade dos cuidados de saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Checklists are instruments used as a strategy to prevent avoidable harm and are aimed at patient safety and the qualification of health services. The World Health Organization's safe childbirth checklist is an organized tool of essential childbirth practices that help prevent the main causes of intrapartum maternal deaths and neonatal deaths that occur in health institutions around the world. **Objective:** To adapt and implement the World Health Organization's safe childbirth checklist in a high-risk maternity hospital in southern Brazil. **Method:** Intervention research, based on the assumptions of action research, developed in six stages. The first was to identify the problem in practice, the need to implement the safe childbirth checklist. The second was an integrative review with the aim of identifying the strategies used to implement the safe childbirth checklist in maternity hospitals. The search was carried out in virtual libraries and databases in August 2022 and updated in October 2023. The third stage was carried out collectively with the maternity ward's multidisciplinary working group and the Patient Safety Center of the institution under investigation. A focus group was held with health professionals to adapt the safe childbirth checklist according to the maternity ward's routine and protocol. After this stage, an action plan was drawn up to implement the list in care practice, and the list was used throughout the maternity ward. The data was processed using Bardin's Content Analysis with the aid of the Iramutec software. When the data was processed using the software, lexicometry analysis, Factorial Correspondence Analysis, Descending Hierarchical Classification Analysis, Similarity Analysis and the Word Cloud were carried out. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, under opinion no. 5.833.282. **Results:** In the integrative literature review, 11 articles were selected and analyzed based on four thematic categories 1) Leadership involvement; 2) Training and coaching to motivate behavior change 3) Availability of the safe delivery checklist and 4) Feedback. Through the focus group with maternity professionals, it was possible to adapt the Checklist to the reality of the institution and draw up an action plan for using the Checklist in care practice, as well as its standard operating protocol. To implement the list, the following strategies were developed: training with the leaders of each sector of the maternity ward, publicity about the launch day, continuous monitoring with feedback. An evaluation of the process was also carried out after one month of using the tool. The analysis of the data also made it possible to identify six categories: i) Main problems in the care of women and newborns; ii) Situations that can generate adverse events in care; iii) Adverse events in the Obstetric Center; iv) Patient safety; v) Importance of the Safe Birth Checklist; and vi) Strategies for implementing the Safe Birth Checklist. **Product:** With this intervention research it was possible to create two technical products: the Safe Birth Checklist and its standard operating protocol. These instruments were implemented in practice and have been helping to organize the work process in the health institution. **Final considerations:** The Safe Birth Checklist, adapted to the local reality, meets the needs pointed out by the teams, in order to contribute to the instrumentalization of nursing professionals in relation to the identification, evaluation, prevention and control of the main causes of errors during maternal and neonatal care. The implementation of an instrument like this is aimed at improving and perfecting care for the health team, with a focus on safety in maternal and neonatal care. It is hoped that the intervention presented here will improve childbirth care in order to minimize possible failures during care and guarantee the quality of health services.

Keywords: Safe delivery checklist, Maternal and child health services, Patient safety, Quality of care, Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
CIUR	Crescimento Intrauterino restrito
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ET AL	E colaboradores
GEP	Gerencia de Ensino e Pesquisa
HU	Hospital Universitário
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LERASS	<i>Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NMM	<i>Near miss</i> materno
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pontos de pausa para o uso da lista de verificação de parto seguro.	26
Figura 2	Ciclo da pesquisa-ação.....	33
Figura 3	Processo de seleção de artigos da revisão integrativa.....	53
Figura 4	Programa Better Birth.....	64
Figura 5	Resultado da análise de estatísticas textuais.....	87
Figura 6	Dendograma da CHD vocabulário de palavras.....	88
Figura 7	AFC das palavras de cada categoria.....	89
Figura 8	Análise de similitude.....	90
Figura 9	Nuvem de palavras.....	92

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.2 OBJETIVO GERAL.....	17
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DA PROPOSTA	18
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	18
3.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL	21
3.3 ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A SEGURANÇA E QUALIDADE DO CUIDADO	23
3.4 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO DA OMS	25
3.4.1 Ponto de Pausa 1: Na Admissão	26
3.4.2 Ponto de Pausa 2: Antes da Expulsão (ou Antes da Cesariana)	27
3.4.3 Ponto de Pausa 3: Imediatamente após o Parto (no Espaço de uma Hora) ..	28
3.4.4 Ponto de Pausa 4: Antes da Alta	29
4 CAMINHO METODOLÓGICO	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	34
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	35
4.4.1 Etapa 1: Identificação do problema	36
4.4.2 Etapa 2: Realização de revisão de literatura	36
4.4.3 Etapa 3: Planejamento de atividades para a solução do problema	38
4.4.4 Etapa 4 - Implementação do plano de ação	41
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS	47
5.1 MANUSCRITO 1: ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	47

5.2 MANUSCRITO 2: ADAPTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE	75
5.3 PRODUTOS	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	142
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação dos profissionais da saúde e alvo dos gestores devido a repercussão que suas consequências podem ocasionar na qualidade da assistência à saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é entendida como o ato de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Muitos países já reconheceram a importância de criar estratégias que visem a segurança do paciente, com o intuito de avaliar a qualidade da assistência prestada (Aguiar; Silva, 2021)

Dados oficiais de 2020 registraram 2.730.145 nascimentos por ano no Brasil onde quase seis milhões de pacientes (binômio mulher e recém-nascido) necessitam de assistência hospitalar (Brasil, 2022). Devido esse alto número de pacientes, o risco de ocorrer eventos adversos durante o processo assistencial é forte, sendo necessário que a segurança do paciente atinja também o contexto materno infantil, evitando que ocorra o maior evento adverso de todos na área materno-infantil: a mortalidade materna (Pedroni *et al.*, 2020).

A mortalidade materna é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É um indicador importante de saúde da mulher assim como, do nível de saúde da população geral, além de fundamentar os programas e ações de atenção à saúde. Tendo em vista esse problema, os serviços de saúde vêm aprimorando, nas últimas décadas, seus processos de trabalho, com a instauração de protocolos de segurança visando reduzir essas mortes (Brasil, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), as mortes maternas por causas obstétricas podem ser conceituadas como: Morte materna obstétrica direta causada por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. A Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (OPAS, 2018).

O cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM) é obtido da relação entre o número de óbitos maternos, a quantidade de nascidos vivos durante o ano em determinado espaço geográfico, multiplicado por 100 mil (Brasil, 2022). Esse cálculo é realizado e obtido por meio dos dados inseridos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que registrou entre 1996 a 2018 aproximadamente 39 mil óbitos maternos. Infelizmente

esse registro no sistema informatizado ainda é subutilizado, sendo esse número muito maior (OPAS, 2018).

Registros do Observatório Obstétrico Brasileiro apontam que em 2021 a razão de mortalidade materna foi de 107.53 para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2019, ano anterior à pandemia do COVID-19, era de 55.31, um aumento de 94%, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2022). A falta de educação, alimentação adequada, suporte social e assistência sanitária associam-se fortemente à mortalidade materna, evidenciando as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação, à nutrição, quanto no acesso à saúde e seu caráter prevenível, considerando a importância de se estabelecer ações intersetoriais que garantam a qualidade do acesso à saúde a toda população. A maioria das mortes relacionadas à assistência hospitalar é devida à hemorragia no pós-parto e abortamentos, transtornos hipertensivos associados à gravidez e à infecção puerperal, esse número expressivo poderia ser evitado por ações dos serviços de saúde, a partir de atenção adequada ao pré-natal, ao parto e ao abortamento (OPAS, 2018).

Dentre os fatores neonatais associados a mortalidade neonatal destacam-se o baixo peso ao nascer (BPN) devido a prematuridade e crescimento intrauterino restrito (CIUR), baixo índice de Apgar (abaixo de 7 no primeiro minuto), e presença de anomalia congênita. Tais fatores na maioria dos casos, poderiam ser evitados e até mesmo minimizados durante o período gestacional com uma assistência pré-natal eficiente e medidas adequadas na assistência ao parto. A assistência ao recém-nascido logo após o nascimento está correlacionada a taxa de mortalidade neonatal em alguns casos de óbitos, principalmente pela qualidade do atendimento, equipamentos disponibilizados e condições de assistência. No Brasil as mortes neonatais ainda apresentam número expressivo, porém 70% destas podem ser evitáveis por meio de acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência destinada as gestantes (Buges; Coelho; Silva, 2020).

Diversas políticas públicas de saúde e órgãos internacionais recomendam que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas, na garantia de direitos e humanização, devido ao fato de que o parto é um evento fisiológico que na maioria das vezes não necessita de intervenções e sim de cuidados. Porém, diversos sistemas de saúde ocidentais ainda apresentam o modelo biomédico de atenção, com práticas intervencionistas, onde o nascimento é entendido como uma prática médica, onde todas as gestações são patológicas e um evento arriscado à saúde da mulher e recém-nascido. O Brasil ainda possui práticas clínicas resistentes a mudança para a medicina baseada em evidências, com 98% dos

partos realizados em hospitais e mesmo assim persistindo as taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil (OPAS, 2018).

A década de 1990 marcou um período de maior conscientização sobre os determinantes sociais da mortalidade materna. Houve um reconhecimento crescente dos fatores como educação, renda, local de nascimento e opressão social na saúde materna. Essa compreensão mais ampla foi integrada a um contexto de saúde reprodutiva e direitos sexuais, transformando a mortalidade materna em um indicador crucial de desenvolvimento social (Souza, 2015).

Assim, em 2015 a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a nível mundial os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que são um apelo à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018).

Com o intuito de abordar esse problema e impulsionar o desenvolvimento global, a redução da mortalidade materna e neonatal foi incorporada como meta no objetivo 3 - Saúde e Bem-estar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que são: Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos, ambos até 2030 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018).

No entanto, apesar desses avanços, persistem os desafios. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde e atrasos na identificação e tratamento de complicações relacionadas à gravidez continuam a ser obstáculos para a saúde e bem-estar de mulheres e crianças globalmente (Souza, 2015).

A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos, também conhecida como *Institute of Medicine* (IOM), recomenda desde 1999 a implementação de instrumentos de avaliação da qualidade assistencial por meio da segurança do paciente, a fim de prevenir erros durante a assistência (Marcolin, 2015). Dentro deste contexto, em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Lista de Verificação do Parto Seguro, intitulado “*Safe Childbirth Checklist*”. Esta lista de verificação tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados destinados às mulheres que dão entrada nas maternidades. Cada item da lista é uma ação crítica que, se não for observada, pode gerar danos graves para a mãe, para o recém-nascido, ou para ambos (OMS, 2017).

Como enfermeira obstétrica, atuei em maternidades que não utilizavam nenhum instrumento que possibilitasse a comunicação efetiva ou protocolos que auxiliassem na

segurança e qualidade da assistência às mulheres no seu itinerário terapêutico. Em minha atuação profissional presenciei diversas falhas na assistência por erros de comunicação entre os membros das equipes, aumento da demanda de serviço com sobrecarga de trabalho, causando erros que poderiam ser evitados. Devido isso, já participei da implementação de uma lista de verificação de parto seguro em uma maternidade onde atuei anteriormente e presenciei a melhora da qualidade e eficácia dessa ferramenta na assistência materna e neonatal.

Nos dias de hoje, atuo como enfermeira referência em um centro obstétrico de alto risco no qual não há a utilização de uma lista de verificação que permita garantir a segurança da mulher durante a assistência, igualmente em minhas outras experiências profissionais. Na prática são observados alguns eventos adversos cometidos durante a assistência de toda a equipe multiprofissional, desde a entrada da gestante e sua identificação, passando pelo momento de trabalho de parto e parto, assim como o puerpério e que poderiam ser reduzidos ou minimizados se houvesse um instrumento para checagem das atividades desenvolvidas e para prevenção dos danos.

Assim compreendi a primordialidade de implementar um instrumento baseado no “*Safe Childbirth Checklist*” da OMS com o objetivo de apoiar o uso de práticas essenciais de cuidados maternos e perinatais, padronizar uma assistência segura e de qualidade pautada nas melhores evidências, proporcionando segurança no momento do parto e nascimento e contribuindo consequentemente com a redução das causas de danos e mortes evitáveis tanto maternas quanto neonatais (OMS, 2017).

No ano de 2021 foi escolhido o tema “Cuidado materno e neonatal seguro” pela OMS para o Dia Mundial da Segurança do Paciente com o objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal e garantia de direitos básicos para o parto e para o nascimento seguros em nosso país, realçando mais uma vez a necessidade de promovermos ferramentas que permitam uma assistência segura nos serviços de saúde.

Ressalta-se que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde depende da mudança de cultura dos profissionais e envolvimento dos gestores ligados direta e indiretamente no cuidado, alinhada à política de segurança do paciente (Paes *et al.*, 2020).

Diante do exposto, pretende-se desenvolver uma pesquisa para buscar respostas a seguinte **questão de pesquisa**: Como implementar a lista de verificação de parto seguro em uma maternidade de alto risco?

2 OBJETIVOS

2.2 OBJETIVO GERAL

Adaptar e implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura científica as estratégias utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades.
- Realizar a adaptação da lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde à realidade local.
- Elaborar um plano de ação para implementar a lista de verificação de parto seguro adaptada em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DA PROPOSTA

Neste capítulo será apresentado uma breve revisão de literatura, construída de modo assistemático, mas buscando trazer sustentação teórica a pesquisa desenvolvida. Foram utilizados artigos publicados em periódicos científicos, recomendações do Ministério da Saúde e OMS, bem como Teses e Dissertações sobre a temática do estudo. A partir disso, os tópicos abordados são: segurança do paciente, qualidade da assistência materno infantil, estratégias para garantir a segurança e qualidade do cuidado e, a lista de verificação de parto seguro da OMS, visando ampliar as discussões e contribuir com o corpus da pesquisa.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo. Isso se deve ao aumento significativo de estudos epidemiológicos que evidenciaram os efeitos indesejáveis das falhas de assistência à saúde. As notícias sobre erros, negligências e eventos adversos causados por profissionais de saúde sempre causam grande alarme social, e se espalham por todos os âmbitos da sociedade, inclusive entre os próprios profissionais da saúde (ANVISA, 2017).

Dentro do dimensionamento de qualidade das instituições de saúde, a segurança é o mais importante componente e pode ser definida como a prevenção, a melhoria e a correção dos resultados adversos ou das lesões provenientes do processo assistencial, apoiando-se não apenas os pacientes, mas também os profissionais envolvidos. Portanto, para que haja melhora na qualidade dos serviços de atenção materna e neonatal em nosso país, é de extrema importância que se proponha uma mudança no modelo de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ANVISA, 2017).

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) considera-se mortalidade materna como “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez”, e é classificada em causas obstétricas diretas e indiretas. As causas diretas correspondem a complicações durante os períodos provocada pela omissão, intervenção ou tratamento incorreto. As indiretas são a consequência das doenças prévias da mãe que interferem durante o período gestacional gerando efeitos fisiológicos (ANVISA, 2017).

A atenção à segurança do paciente envolve a prevenção de eventos adversos, erros e danos durante a prestação de cuidados de saúde. O aumento da ênfase na segurança está

relacionado à necessidade de implementar práticas baseadas em evidências científicas. Profissionais de enfermagem desempenham um papel crucial nesse cenário, pois estão frequentemente na linha de frente do atendimento, proporcionando cuidados diretos aos pacientes (Silva *et al.*, 2021).

No cenário materno-infantil, em 2020 nasceram 2.730.145 de crianças em todo o país e ao todo, foram notificados 1.965 casos de mortalidade materna no decorrer deste ano, ajustando a razão de mortalidade materna a estimativa do número de óbitos passa para 2.039. Com isso, houve um aumento acentuado no número de mortes comparado com o ano de 2019 onde a taxa era de 57,9 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, número que passou para 74,7 em 2020. Grande parte dessas mortes ocorrem em contextos de baixos recursos, podendo a maioria delas ser evitadas (Brasil, 2022).

A inadequada assistência prestada durante o trabalho de parto é um fator que está intimamente associado à mortalidade materna de causas obstétricas diretas onde simples intervenções poderiam evitar essa taxa de mortalidade. A diminuição das taxas de mortalidade materna é um desafio mundial para as instituições de saúde (Pedroni *et al.*, 2020).

A promoção da segurança do paciente enfrenta diversos desafios, e é estimado que um incidente de saúde ocorra a cada 35 segundos. Nos países em desenvolvimento, vários fatores desfavoráveis contribuem para a insegurança do paciente, incluindo superpopulação, déficit de profissionais de saúde, infraestrutura inadequada e más condições sanitárias e higiênicas (Silva *et al.*, 2021).

A falta de cuidado de enfermagem é um aspecto crítico e é considerada um erro de omissão. A falta de cuidado é definida como qualquer necessidade não atendida do paciente, seja parcial ou total, ou que tenha sido atendida com um atraso significativo. A escassez de cuidados de enfermagem pode ser causada por diversos fatores e está sendo estudada em diferentes contextos (Silva *et al.*, 2021).

Na área obstétrica, a omissão de cuidados pode ter impactos significativos na qualidade e segurança do atendimento prestado à mulher e ao recém-nascido. Um cuidado aprimorado antes e após o parto pode contribuir para a redução de 1,49 milhão de mortes maternas e neonatais a cada ano em todo o mundo (Silva *et al.*, 2021).

Diversas instituições internacionais responsáveis pela acreditação hospitalar avaliam a questão da cultura da segurança do paciente nos processos de trabalho institucionais a fim de monitorar mudanças e resultados. O conceito de cultura da segurança do paciente deve estar associado ao processo de trabalho de todos os envolvidos na assistência e gestão dos serviços de saúde, que devem assumir a responsabilidade pela sua própria segurança e dos pacientes

acima de metas financeiras e operacionais. Os gestores devem entender que a maternidade precisa ser compreendida como uma organização diferente dentro da instituição hospitalar, por compreender um binômio que não necessariamente, apresenta um processo de doença, visto que a gravidez, o parto e o pós-parto são processos fisiológicos (Pedroni *et al.*, 2020).

No âmbito nacional, desde 2004 o Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente criada pela OMS, com o objetivo de proporcionar medidas de melhoria na assistência para a segurança do paciente (Pinto; Santos, 2020).

O médico e pesquisador Avedis Donabedian foi o responsável por conceituar a qualidade da assistência em saúde na década de 1960. De acordo com esse autor, a assistência à saúde deve ser avaliada em três áreas: estrutura, processo e resultado. A estrutura inclui equipamentos, a estrutura física e recursos humanos, assim como treinamento da equipe e remuneração. Na avaliação encontra-se as práticas realizadas em comparação com as melhores evidências. O resultado é avaliado por meio de análises dos efeitos da prática no paciente. Assim, segundo Donabedian, a avaliação da qualidade assistencial é contínua, e não baseada apenas na análise de resultados ou consequências de algum erro ocorrido na prática clínica (Ferreira; Neves; Rosa, 2022).

No contexto das práticas de investigação da segurança do paciente, entende-se como *near miss* materno (NMM) a uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez. Em uma pesquisa recente, foram identificados a existência de 33,8% incidentes por mil internações, onde 37 incidentes envolveram ocorrências de *near miss* associados a complicações maternas e neonatais. Assim, identificou-se a necessidade de normatizar, organizar e implementar medidas que visem a segurança e qualidade destes pacientes (Félix; Filippin, 2019).

No cuidado à saúde materna e neonatal é de grande importância que sejam utilizadas ferramentas capazes de promover uma linguagem uniforme para a vigilância nacional e internacional de segurança do paciente, a fim de reduzir as mortes evitáveis relacionadas a má assistência obstétrica (Villar *et al.*, 2022).

O cuidado seguro durante o processo do trabalho de parto pressupõe a qualidade na assistência onde é verificado possíveis erros e fatores que possam ser modificados e busca a mitigação dos riscos oriundos da prática obstétrica. Os fatores que podem vir a contribuir com erros na assistência podem ser relativos ao ambiente de trabalho, organizacionais, a comunicação entre os diversos profissionais e a cultura de segurança influenciam todos os

demais fatores contribuintes. Os eventos adversos na obstetrícia estão associados à morbimortalidade materna e infantil, e são relacionados à diversos fatores (Villar *et al.*, 2022).

A intervenção na assistência visando a promoção da qualidade e a segurança do paciente tem se tornado um tema de saúde pública relevante, pois com a redução da morbimortalidade e do tempo necessário para tratamento dos pacientes conseqüentemente há redução dos custos assistenciais. De tal modo, diversos serviços de saúde têm se ocupado fortemente em proporcionar melhorias no cuidado prestado nos ambientes de assistência à saúde com o intuito de aprimorar a efetividade de suas ações, oferecendo um serviço de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2018).

Há evidências de que investir no recrutamento de enfermeiras obstétricas treinadas pode melhorar a coordenação da assistência e otimizar os serviços de enfermagem, contribuindo para a redução das omissões de cuidados na obstetrícia. A organização adequada dos turnos de trabalho e a promoção da satisfação profissional também são fatores que podem minimizar a omissão de cuidados (Silva *et al.*, 2021).

Além disso, a utilização de protocolos e listas de verificação de segurança do paciente pode desempenhar um papel crucial na prevenção de omissões de cuidados. a lista de verificação para parto seguro é mencionada como um exemplo específico. Essa lista de verificação favorece a padronização de cuidados essenciais durante o parto e nascimento, contribuindo para o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente (Silva *et al.*, 2021).

A lista de verificação para partos seguros, da OMS, é uma ferramenta que permite apoiar a assistência ofertada pelos profissionais no período antes, durante e após o parto, quando mulheres e recém-nascidos enfrentam os maiores riscos de mortes e complicações. É uma lista de verificação baseada em evidências científicas, com o objetivo de ajudar prevenir as principais causas de morte materna, de natimortos por causas intraparto e das mortes neonatais que ocorrem em instituições de saúde, em todo o mundo (OMS, 2017).

Durante os procedimentos de assistência à saúde, a ocorrência de danos aos pacientes, ainda que não intencionais, são passíveis de ocorrer. A compreensão destes riscos e os fatores que contribuem para a ocorrência possibilita desenvolver estratégias para minimizar as possibilidades de erro.

3.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL

A qualidade nos serviços de saúde é um tema de grande importância para os gestores da área, devido a necessidade de oferecer atenção integral exigindo práticas inovadoras e integradoras que promovam melhoria da utilização dos recursos e dentre vários objetivos, evitar falhas no processo de atenção à saúde (Borges; Santos; Simões, 2020).

A gestão da qualidade nos serviços de saúde, deve vir ao encontro a eficiência dos processos de trabalho, estrutura física adequada, atendimento de qualidade assim agregando padrões previamente estabelecidos. Os indicadores de qualidade podem se empregados para planejar e estabelecer metas e padrões, nas ações assistenciais e de gestão para analisar o desempenho e a qualidade da assistência, melhorar as atividades e adequar as não conformidades, permitindo o alinhamento das atividades com as metas da organização (Borges; Santos; Simões, 2020).

Neste contexto, surge a tríade para o monitoramento da qualidade da assistência, que contempla a estrutura, o processo e o resultado. Os indicadores de qualidade permitem que seja traçado planos e metas, e favorecem a identificação da necessidade de mudanças caso a mensuração não seja adequada. Assim, quantificar a taxa de mortalidade materna e infantil e as causas evitáveis corrobora com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e reforça a agenda global de 2016-2030 (Migoto; Oliveira; Freire, 2022).

No Brasil, a assistência materno-infantil ainda proporciona riscos de erros e eventos adversos são registrados todos os dias nas instituições de saúde. A assistência ao parto mal-conduzida ainda gera a morte de cerca de 285 mil mulheres ao ano no mundo e, no Brasil, ocorrem cerca de 60 mil eventos adversos em obstetrícia ao ano. Esse grande número mostra falhas na atenção materna e perinatal prestada em grande parte pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Neves *et al.*, 2021).

A cesariana é uma intervenção cirúrgica vital em circunstâncias obstétricas específicas e é indicada com o objetivo de prevenir a mortalidade materna e neonatal. Porém, quando não indicada corretamente, pode estar associada a desfechos negativos a curto e longo prazo para a díade mãe/filho. A proporção de mortalidade materna e fetal são maiores após cesariana quando comparadas com aquelas por parto vaginal. A frequência de realização de cesarianas aumentou nos últimos 30 anos e excede o percentual de 15% recomendado em revisão sistemática pela OMS. A proporção média global de cesariana é de 21,1%, variando de 5%, na África Subsaariana, a 42,8%, na América Latina/Caribe. No Brasil a taxa de cesariana é de 55,7% em 2018, a segunda maior proporção de cesarianas do mundo, seguido pela República Dominicana (58,1% em 2018). Para o ano de 2030, são estimadas trinta e oito milhões de cesarianas no

mundo, o que corresponde a 28,5% das mulheres sendo submetidas a este tipo de procedimento (Pires *et al.*, 2023).

Segundo a OMS, a assistência ao parto necessita proporcionar a gestante e ao recém-nascido, segurança, tornando mínimo o número de intervenções durante a assistência, garantindo a privacidade e o bem-estar, autonomia e o protagonismo da mulher, promovendo assim uma assistência humanizada e de qualidade (Pereira *et al.*, 2018).

A implementação de práticas baseadas em protocolos e listas de verificação não apenas ajuda a evitar omissões, mas também promove a consistência na prestação de cuidados essenciais. Isso é particularmente relevante em situações obstétricas, onde a segurança da mãe e do recém-nascido é uma prioridade crucial. Em resumo, melhorar a qualidade do cuidado obstétrico e garantir a segurança da mulher e do recém-nascido requer esforços coordenados, incluindo investimentos em treinamento, organização do trabalho, satisfação profissional e a adoção de ferramentas como listas de verificação de segurança do paciente. Essas medidas contribuem não apenas para a redução de omissões de cuidados, mas também para a promoção de uma cultura de segurança na assistência obstétrica (Silva *et al.*, 2021).

3.3 ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A SEGURANÇA E QUALIDADE DO CUIDADO

As políticas de saúde surgem da necessidade de ampliação de acesso para melhoria da saúde da população. Com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, a assistência à saúde da mulher no Brasil tem ampliado as portas de entradas dos serviços especializados, com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (Andriola; Sonenberg; Lira, 2020).

O PAISM foi criado em 1984 com o objetivo de descentralizar os serviços de saúde para mulheres a fim de ampliar e promover a melhoria das condições de vida em todos os âmbitos da saúde. Este programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher na ginecologia, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, dentre outras necessidades (Brasil, 2004).

No ano 2000, foram lançados os desafios do milênio discutidos na Assembleia Mundial da Saúde que teve como objetivo principal avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Félix; Filippin, 2019).

Em 2003 a área técnica de Saúde da Mulher no SUS articulou novas redes de atenção à saúde das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas (Brasil,

2011). Em 2004 o PAIMS tornou-se o PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e permitiu avanços na área dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, a fim de garantir os direitos humanos das mulheres e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (Brasil, 2004).

Em 2011 houve uma mudança do programa, sendo então considerado uma política pública de atenção à mulher denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), conhecida como Rede Cegonha que tem como uma das prioridades promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada (Araujo *et al.*, 2019).

A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, para melhorar e reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade materno-infantis no âmbito do SUS. A Rede Cegonha fomenta a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses assim como organiza a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade aos usuários (Brasil, 2011).

Nesse contexto, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do Brasil, públicos ou privados. A intenção do programa é que as instituições de saúde tenham um maior comprometimento com o bem-estar dos pacientes (Brasil, 2013).

Em 2022 houve o anúncio do fim da Rede Cegonha, que foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), a partir da portaria 715, publicada no Diário Oficial da União em 04 de abril de 2022 (Brasil, 2022). Os investimentos do Ministério da Saúde na RAMI são direcionadas as maternidades com mais de 500 partos por ano, com critérios e metas voltados ao alto risco. Essa mudança causou grande discussão entre especialistas da área, principalmente no que se refere a humanização e boas práticas da assistência ao parto (Zveiter *et al.*, 2022). Essa portaria foi revogada em janeiro de 2023 pela portaria GM/MS nº 13 de 13 de janeiro com o retorno da Rede Cegonha (Brasil, 2023).

Há importância na atenção para a área materno-infantil devido a necessidade da redução nos altos índices de morbimortalidade e a urgência de ações que promovam melhorias nas ações de humanização da assistência e na qualidade dos cuidados, visto que mais de 70% dos

nascimentos em todo o mundo foram assistidos por profissionais de saúde. No Brasil, a internação do binômio mãe e recém-nascidos representam alta demanda de recursos humanos, estruturais, materiais e organizacionais (Neves *et al.*, 2021).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em 2014 o manual “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade”, com a finalidade de reduzir os agravos ligados ao processo assistencial, fomentando a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados. Este manual objetivou reduzir os riscos nos processos de trabalho e assegurar uma assistência adequada e sem agravos nas instituições de saúde materno-infantil (Neves *et al.*, 2021).

As listas de checagem de segurança vieram neste contexto a fim de garantir uma assistência à saúde de qualidade e permitindo que todos os passos de um procedimento sejam realizados toda vez em que for executado, diminuindo riscos e danos ao paciente. Os treinamentos e programas de educação continuada para a equipe multiprofissional surgem e seguem ao encontro da necessidade de proporcionar maior qualidade da assistência e segurança às pacientes (Thomé; Bernardo, 2022). A lista de verificação de parto seguro da OMS (*Safe Childbirth Checklist* - WHO) lançada mundialmente em 2008 e no Brasil em 2017 foi concebida com o objetivo de apoiar o uso de práticas essenciais de cuidados maternos e perinatais (OMS, 2017).

3.4 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO DA OMS

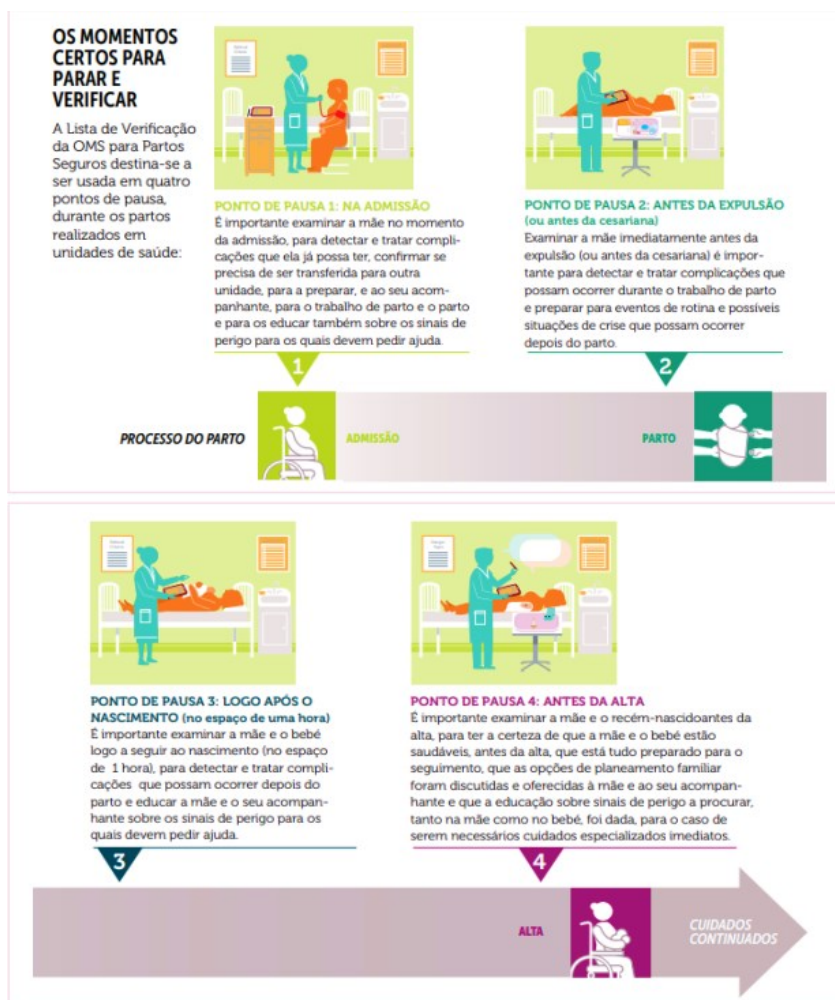
A lista de verificação de parto seguro aborda as principais causas dos óbitos maternos (hemorragias, infecções, parto obstruído e problemas de hipertensão), assim como cuidados perinatais inadequados e mortes neonatais (intercorrências no parto, infecções e complicações relacionadas com a prematuridade). Essa lista de verificação foi desenvolvida pelo *Ariadne Labs*, em uma parceria do *Brigham and Women’s Hospital* com a *Harvard T.H. Chan School of Public Health* e supervisão da fundação *Bill & Melinda Gates* (OMS, 2017).

A lista de verificação de parto seguro da OMS é uma lista organizada de práticas essenciais e que foram agrupados em quatro seções. Essas quatro seções, ou pontos de pausa, são paradas específicas nas rotinas assistenciais em que a equipe de enfermagem deve “verificar” se aplicaram todas as práticas essenciais ao cuidado. Estes pontos de pausa permitem à equipe fazer as suas “verificações” nos momentos em que podem proteger a mãe e o bebê de riscos durante a assistência. Os pontos de pausa são (Figura 1):

1. Na Admissão

2. Antes da Expulsão (ou cesariana)
3. Logo após o parto (até 1 hora)
4. Antes da alta

Figura 1. Pontos de pausa para o uso da lista de verificação de parto seguro.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2017

Segundo a OMS os itens que devem ser checados durante todo atendimento da mulher e do recém-nascido estão descritos a partir dos quatro pontos de pausas (OMS, 2017).

3.4.1 Ponto de Pausa 1: Na Admissão

No momento da admissão da mulher no serviço de saúde, a lista de verificação permite detectar e tratar complicações que ela possa ter e identificar a necessidade de transferência para outra unidade para o trabalho de parto e parto, assim como informá-la acerca dos sinais de

perigo que deverão levá-la a pedir ajuda. Neste momento, leva-se em conta as seguintes perguntas:

- **PARTOGRAMA INICIADO?** O partograma é uma representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar a sua evolução, permitindo a visualização das alterações no decorrer do processo de parturição. Permite aos profissionais de saúde reconhecerem sinais de perigo e auxilia na tomada de conduta conforme as anormalidades encontradas. O partograma deverá ser iniciado quando a dilatação cervical da mãe for de quatro ou mais centímetros.
- **A MÃE PRECISA DE INICIAR ANTIBIÓTICOS?** O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se a mãe precisa de antibióticos no momento da admissão e se há alguma alergia. Os antibióticos previnem e tratam as infecções bacterianas e evitam complicações relacionadas com a sua infecção e a do recém-nascido.
- **A MÃE PRECISA INICIAR SULFATO DE MAGNÉSIO E TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO?** O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se a mãe precisa de sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo na admissão. A pré-eclâmpsia é uma forma grave de hipertensão na gravidez. A tensão arterial muito elevada ($\geq 140/90$ mmHg) pode gerar complicações para a mãe, incluindo eclâmpsia e acidente vascular cerebral, além de morte intrauterina do bebê. O tratamento profilático das mães com pré-eclâmpsia com sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo ajudará a evitar complicações.
- **CONFIRMAR SE HÁ MATERIAL DISPONÍVEL PARA LIMPAR AS MÃOS E USAR LUVAS NOS EXAMES VAGINAIS:** As boas práticas de higiene das mãos ajudam a evitar as infecções, assim os profissionais de saúde deverão lavar as mãos com água e sabão e utilizar álcool gel antes e depois do contato com a mãe e/ou o recém-nascido.
- **ENCORAJAR O ACOMPANHANTE A PARTICIPAR NO NASCIMENTO:** Os acompanhantes dão suporte emocional à mulher, assim como podem identificar algum sinal de perigo e alertam a equipe assistencial durante o trabalho de parto, parto e puerpério.
- **CONFIRMAR SE A MÃE OU O ACOMPANHANTE PEDIRÃO AJUDA DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM CASO DE NECESSIDADE:** O utilizador da Lista de Verificação deverá avisar a mãe (e o acompanhante) para alertar imediatamente a equipe de saúde caso reconheçam sinais de perigos durante o trabalho de parto como sangramento, dores abdominais intensas, dor de cabeça, distúrbio visual ou incapacidade de urinar, assim como quando a mulher sentir vontade de fazer força.

3.4.2 Ponto de Pausa 2: Antes da Expulsão (ou Antes da Cesariana)

Neste momento os profissionais de saúde devem atentar-se para possíveis complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e parto. Seguindo os questionamentos:

- **A MÃE PRECISA DE ANTIBIÓTICOS?** O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar a necessidade de utilização de antibióticos no momento do período de expulsão, assim como também devem ser administrados antibióticos se houver indicação de cesariana.
- **A MÃE PRECISARÁ RECEBER SULFATO DE MAGNÉSIO OU TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO?** Verificar a necessidade de administração destes quando começar o período expulsivo.
- **CONFIRMAR SE HÁ MATERIAL NECESSÁRIO ACESSÍVEL E PREPARAR PARA O PARTO:** O material que será utilizado no momento do nascimento (parto ou cesariana) deverá ser preparado com antecedência, pois o momento do nascimento e os primeiros minutos que se seguem são os períodos de maior risco de complicações para a mãe e recém-nascido.
- **FOI IDENTIFICADO UM ASSISTENTE PRONTO PARA AJUDAR NO PARTO SE NECESSÁRIO?** Os profissionais de saúde deverão antecipar-se para eventuais situações de crise durante o nascimento, de forma a garantir a segurança da mãe e do bebê.

3.4.3 Ponto de Pausa 3: Imediatamente após o Parto (no Espaço de uma Hora)

O puerpério imediato deve ser observado atentamente pela equipe de saúde a fim de detectar e tratar eventuais complicações à mãe e ao recém-nascido. Considera-se as perguntas:

- **A MÃE TEM ALGUMA HEMORRAGIA?** A hemorragia pós-parto define-se como uma perda de 500 ml de sangue ou mais pela mulher após o nascimento. É uma das principais complicações obstétricas e pode ocorrer devido várias razões, incluindo atonia uterina, retenção placentária ou fragmentos da placenta, laceração vaginal ou rotura uterina. O utilizador da Lista de Verificação deverá avaliar a mãe logo após o parto (espaço de uma hora) a fim de evitar perdas maiores de sangue e a parada imediata do sangramento.
- **A MÃE PRECISA DE ANTIBIÓTICOS?** O profissional de saúde deve verificar a necessidade de utilização de antibióticos logo após o parto (dentro de uma hora). Os antibióticos deverão ser administrados caso a placenta tenha sido retirada manualmente,

caso haja laceração do períneo de terceiro ou quarto grau, temperatura de 38°C ou mais e corrimento vaginal fétido.

- **A MÃE PRECISA INICIAR O SULFATO DE MAGNÉSIO E TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO?** O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se a mãe precisa de sulfato de magnésio e de tratamento anti-hipertensivo logo após o parto (no espaço de uma hora) e administrá-los.
- **O RECÉM-NASCIDO PRECISA SER TRANSFERIDO?** Deverá ser confirmada a necessidade de transferência do bebê.
- **O BEBÊ PRECISA DE ANTIBIÓTICOS?** O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se o bebê precisa de antibióticos logo após o parto (no espaço de uma hora) e, se for caso disso, os antibióticos deverão ser administrados de imediato.
- **O BEBÊ PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS OU DE MONITORIZAÇÃO?** O profissional deverá confirmar se o bebê necessita de cuidados especiais ou de monitorização logo após o parto (no espaço de uma hora) e se necessário proceder de imediato.
- **INICIAR A AMAMENTAÇÃO E O CONTATO COM A PELE DA MÃE** (se a mãe e o bebê estiverem bem): A amamentação precoce estimula a contração uterina da mãe através dos hormônios e ajuda a evitar a hemorragia pós-parto. O contato pele-a-pele permite a estabilidade térmica do recém-nascido, e ainda a promove o vínculo entre o bebê e a mãe.
- **CONFIRMAR SE A MÃE/ACOMPANHANTE PEDIRÃO AJUDA SE HOUVER ALGUM SINAL DE PERIGO:** O utilizador da Lista de Verificação deverá dizer à mãe (e acompanhante) logo após o parto (no espaço de uma hora) para alertar o profissional de saúde imediatamente algum sinal de perigo com a mãe ou recém-nascido.

3.4.4 Ponto de Pausa 4: Antes da Alta

A avaliação da mãe e do bebê antes da alta, a disponibilidade de planejamento familiar neste momento e as orientações à mulher e ao acompanhante quanto os sinais de perigo materno e neonatal no domicílio são de grande importância e exigem cuidados imediatos. Neste momento, deve-se checar:

- **CONFIRMAR O INTERNAMENTO NA UNIDADE DURANTE 24 HORAS APÓS O PARTO:** A OMS recomenda observação constante à mulher e ao recém-nascido durante

as primeiras 24 horas após o nascimento, pois metade de todas as mortes maternas e 40% das mortes neonatais ocorrem neste período.

- A PRESSÃO ARTERIAL DA MÃE É NORMAL? O utilizador da Lista de Verificação deverá aferir a pressão arterial e o pulso materno certificando-se de sua normalidade, uma vez que a pré-eclâmpsia pode surgir após o nascimento.
- A MÃE TEM SANGRAMENTO ANORMAL? A equipe de saúde deverá confirmar se o sangramento da mãe está controlado antes da alta e se a frequência cardíaca está normal. O abdome materno deve ser inspecionado assim como perguntado sobre as suas perdas vaginais, para se certificar se o útero está contraído e verificar a perda de sangue na vagina.
- A MÃE PRECISA DE ANTIBIÓTICOS? A sepse puerperal é uma importante causa de infecção materna após o parto, assim como a mastite e a infecção da ferida pós-operatória na cesariana. O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar a necessidade de utilização de antibióticos e orientações caso necessário. Deverão ser administrados antibióticos e a alta adiada se a mãe tiver febre de 38°C ou mais, ou corrimento vaginal fétido.
- O BEBÊ PRECISA DE ANTIBIÓTICOS? A sepse bacteriana é uma das causas de morte nos recém-nascidos. O profissional de saúde deve verificar se o bebê precisa de antibióticos antes da alta e, se for caso disso, os antibióticos deverão ser administrados imediatamente, a alta deverá ser adiada e deverão ser prestados cuidados especiais.
- O BEBÊ ESTÁ MAMANDO? O utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar a efetividade da amamentação na unidade de saúde e seguir com orientações para a mãe e acompanhante.
- DEBATER E OFERECER OPÇÕES DE PLANEAMENTO FAMILIAR À MÃE: A equipe de saúde deverá ajudar no planejamento familiar e o utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar as opções oferecidas para a mãe antes da alta.
- COMBINAR SEGUIMENTO E CONFIRMAR SE A MÃE/ACOMPANHANTE PROCURARÃO AJUDA SE APARECEREM SINAIS DE PERIGO APÓS A ALTA A mãe e acompanhante devem receber orientações quanto os sinais de perigo e a necessidade de buscar os serviços de saúde caso seja necessário.

Segundo Moreira *et al.*, (2019) os cuidados assistenciais realizados de maneira incorreta podem ser responsáveis por taxas de morbimortalidade elevadas e altos custos para os sistemas de saúde. Desta forma, a lista de verificação de parto seguro da OMS visa diminuir os gastos

com erros da equipe de saúde, além da facilidade de poder ser utilizado em qualquer maternidade, independentemente do seu grau de complexidade, permitindo a prevenção de erros e identificação precoce de possíveis intercorrências que podem vir a causar complicações no binômio mãe-bebê.

De maneira geral, as listas de verificações utilizadas a fim de garantir a segurança do paciente nas instituições de saúde são percebidas pela equipe que as utiliza como uma maneira de facilitar a assistência, possibilitando uma mudança comportamental na equipe de trabalho, permitindo a prevenção de falhas e o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências (Barros *et al.*, 2021).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentaremos a trajetória metodológica empreendida nesta investigação para o alcance dos objetivos propostos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de intervenção, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação, que é utilizada quando há interesse coletivo na resolução de problema (Tripp, 2005), no caso deste estudo com o objetivo de adaptar e implementar a lista de verificação de parto seguro da OMS em um centro obstétrico de alto risco do sul do Brasil.

A pesquisa-ação é entendida como uma investigação-ação, e segundo Tripp “[...] é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela” (Tripp, 2005). Neste tipo de metodologia é possível estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações, negociações e conflitos que ocorrem entre os agentes durante um processo de transformação da situação. Assim, pode-se inferir que a pesquisa-ação é um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico, e tem como objetivo a resolução de problemas situacionais e específicos, por meio de transformação da realidade e a produção de conhecimentos, ainda contribui para a discussão, reflexão e o caminhar do debate a respeito das questões que estão implicadas na situação em análise (Thiollent, 1986).

A origem da pesquisa-ação adotada por diversos autores como Mailhiot (1970), Kemmis e McTaggart (2007), coloca Kurt Lewin, psicólogo alemão do século XX, como o autor que iniciou as etapas e criou o método de pesquisa, por aparentemente ter sido o primeiro a citar o termo pesquisa-ação em uma publicação no *Journal of Social Issues*, no Reino Unido, em 1946.

McKay e Marshall (2001) ilustram de forma clara e sucinta como deve ser o desenvolvimento de um projeto de pesquisa-ação por meio de oito etapas bem definidas, como pode ser visto na Figura 2.

Figura 2. Ciclo da pesquisa-ação.



Fonte: Adaptado de McKay e Marshall (2001).

Segundo o trabalho *The Dual Imperatives of Action Research* de McKay e Marshall (2001) a Pesquisa-ação é composta pelas seguintes etapas:

1. Identificar o problema – Identificação do problema que precisa ser resolvido na prática, por parte do pesquisador.
2. Pesquisar na literatura – O pesquisador deve realizar uma vasta revisão na literatura, para encontrar teorias que estejam aliadas a prática e corroborem com as soluções para o problema encontrado na Etapa 1: Realizado através da revisão integrativa de literatura.
3. Planejar atividades para solução do problema – Criação de um plano de ação para o problema encontrado nas etapas anteriores: Criação de uma planilha com ações para serem desenvolvidas;
4. Implementar atividades – Colocar em prática o plano de ação desenvolvido na etapa 3;
5. Monitorar a solução do problema – Acompanhar as ações desenvolvidas para avaliar se os resultados encontrados estão de acordo com o a previsão para a solução do problema: Através de feedbacks e retorno das equipes em reuniões.
6. Avaliar resultados das atividades – Avaliar os resultados das ações e verificar se as ações desenvolvidas na Etapa 4 alcançaram os resultados esperados e o problema foi

resolvido, pode-se passar exatamente para a Etapa 8. Caso contrário deve haver correções durante a Etapa 7;

7. Aperfeiçoar o plano (se necessário) – Essa etapa deverá ser executada somente se o plano de ação desenvolvido na Etapa 3 necessitar de correções. Esse processo, ocorre quantas vezes for necessário durante o tempo em que, os resultados alcançados na Etapa 6 não possuírem valores satisfatórios;
8. Finalizar (somente se resultados satisfatórios) – É a conclusão do projeto. Quando chegar nessa etapa, o problema precisa estar totalmente corrigido, seus objetivos e resultados devem ser alcançados com êxito.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na maternidade de alto risco de um Hospital Universitário do Sul do país. Trata-se de uma instituição pública subordinada ao Ministério da Educação através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cujo atendimento à saúde é 100% realizado via SUS, atendendo toda população de Florianópolis, Grande Florianópolis e outros municípios de Santa Catarina (Silva; Nascimento; Salles, 2012).

A Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago foi fundada em 1995, e é constituída por uma estrutura composta por Ambulatório de Pré-natal de alto risco, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos Neonatais, Central de Incentivo ao Aleitamento, Núcleo de Medicina Fetal e Emergência Obstétrica que presta assistência personalizada e humanizada à mãe, ao bebê e à família.

A maternidade do HU é modelo nacional na assistência, recebeu em 2000 o prêmio Galba de Araújo, que reconhece e premia as instituições que se destacam pelo parto humanizado. Tem ainda o selo de Hospital Amigo da Criança e é Centro de referência Nacional no Método Canguru. Cabe destacar que a mesma foi pioneira na inserção do acompanhante de escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério, desde a sua inauguração em 1995.

O Centro Obstétrico é composto por um leito de observação, dois leitos de indução de trabalho de parto, três leitos com camas para trabalho de parto, parto e puerpério. Ainda conta com duas salas cirúrgicas, uma sala de reanimação neonatal com dois leitos e sala de recuperação anestésica com dois leitos. A equipe atuante é composta por equipe interdisciplinar

formada por médicos e enfermeiros obstetras, técnicos de enfermagem, neonatologistas e anestesistas, psicologia, nutricionista e assistente social.

Atualmente ocorrem na maternidade do HU-UFSC aproximadamente 137 nascimentos por mês (dados de dezembro de 2023), além de atendimentos para interrupção legal da gestação e atendimento as vítimas de violência sexual de grande parte do estado de Santa Catarina.

Cabe mencionar que a implementação da Lista de verificação de parto seguro é uma necessidade também manifestada pelos gestores da instituição e Vigilância Sanitária e neste sentido foi instituído um Grupo de trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro na Instituição.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo e integrar um Grupo de Trabalho para a adaptação da Lista de verificação de parto seguro da Instituição, enfermeiras que atuam na triagem obstétrica, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto considerando as pausas recomendadas para preenchimento da lista pela OMS, assim como profissionais atuantes na maternidade nas áreas de ensino e assistência. Esse grupo de trabalho foi organizado pela autora desse estudo, que atua como enfermeira referência do Centro Obstétrico, com o objetivo de adaptar a lista da OMS e ajudar na implantação da mesma.

Como critérios de inclusão para participação do grupo de trabalho e estudo temos: ser profissional atuante na maternidade cenário do estudo. Foram excluídos os profissionais que estivessem em férias ou ausentes do serviço por qualquer tipo de afastamento no momento da coleta de dados.

O grupo de trabalho para adaptação da lista foi composto por: duas enfermeiras da maternidade, uma farmacêutica do Comitê de Segurança do Paciente, uma enfermeira do Comitê de Segurança do Paciente, um médico obstetra atuante no Alojamento Conjunto, uma anestesista e uma médica obstetra chefe do Departamento de Tocoginecologia da UFSC, totalizando sete profissionais.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A fim de descrever como foi realizado o estudo, a seguir apresentaremos as diferentes etapas propostas para atingir os objetivos deste estudo, seguindo as etapas propostas por McKay e Marshall (2001).

4.4.1 Etapa 1: Identificação do Problema

Esta etapa consiste na tarefa do pesquisador em identificar o problema que tenha interesse em resolver ou perguntas que possam ser respondidas com a pesquisa. Esta etapa foi descrita na introdução deste projeto, quando se identificou o problema/necessidade na prática. Assim, o problema é a necessidade de adaptar e implementar a Lista de verificação de parto seguro, com vistas à qualificação do atendimento e segurança materna e neonatal. Necessário apontar a necessidade da instituição cenário desse estudo, na qual já deveria ter iniciado a implementação da lista de verificação anteriormente sob demanda da Vigilância Sanitária Estadual e ANVISA, sendo também um requisito essencial do Manual EBSEH da Qualidade.

4.4.2 Etapa 2: Realização de revisão de literatura

Um dos primeiros passos para iniciar o processo de geração de conhecimento científico deve ser a realização de pesquisa bibliográfica. A busca na literatura sobre o tema estudado e de artigos científicos permite ao pesquisador identificar e organizar conceitos possibilitando a criação de hipóteses de pesquisa, assim como identificar os principais pontos discutidos pela comunidade acadêmica (Snyder, 2019).

A revisão da literatura é um método que permite a síntese de conhecimento, sendo o primeiro passo a construção do conhecimento científico e formulação de novas teorias e hipóteses. Permite analisar de maneira densa e reflexiva um tema específico, e elaborar modelos analíticos e proposições teóricas. Segundo Galvão, Sawada e Trevizan (2004) as revisões apresentam implicações de qualidade, permitindo reunir diversas pesquisas sobre determinado assunto em questão, de forma sistemática e organizada, aprofundando conhecimento do tema delimitado.

A evolução dos métodos de revisão da literatura sobre cuidados de saúde desde a década de 1970 reflete o constante esforço para sintetizar resultados de estudos primários e aumentar a generalização dos dados sobre fenômenos relevantes. Ao longo do tempo, os métodos para melhorar o rigor das revisões continuaram a evoluir. Isso ocorreu em resposta à complexidade de conduzir revisões completas, levando em consideração fatores como viés de seleção, viés de publicação e heterogeneidade dos estudos incluídos (Whittemore, Knafl, 2005).

Os métodos de revisão da literatura sobre cuidados de saúde continuam a evoluir em resposta às demandas da pesquisa e da prática clínica. Novas abordagens metodológicas, diretrizes e ferramentas estão sendo desenvolvidas para melhorar a qualidade e a relevância das revisões realizadas (Whittemore, Knafl, 2005).

Para Whittemore e Knafl (2005), no estudo “*The integrative review: updated methodology*”, as etapas de uma revisão integrativa segue basicamente cinco etapas: 1) formulação do problema, 2) coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura, 3) avaliação dos dados, 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados.

As revisões integrativas são uma ferramenta valiosa para os pesquisadores que buscam compreender a complexidade de um determinado fenômeno, explorar diferentes perspectivas teóricas e empíricas, e informar futuras pesquisas e práticas dentro de uma determinada área de estudo. Elas oferecem uma abordagem abrangente e sistemática para a síntese e análise crítica da literatura existente, ajudando a construir uma base sólida de conhecimento e evidências (Whittemore, Knafl, 2005).

Revisões integrativas sistemáticas e rigorosas têm o potencial de apresentar uma compreensão abrangente de problemas relevantes para os cuidados de saúde e para as políticas. As revisões integrativas incluem diversas fontes de dados que melhoram uma compreensão holística do tema de interesse. No entanto, combinar diversas fontes de dados é complexo e desafiador. Uma metodologia atualizada de revisões integrativas inclui uma abordagem mais sistemática e rigorosa do processo, principalmente da análise de dados. O emprego de técnicas de métodos mistos ou de pesquisa qualitativa neste processo tem o potencial de diminuir vieses e erros. As revisões integrativas podem subsequentemente desempenhar um papel maior nas iniciativas de prática baseada em evidências, retratando a complexidade inerente a todos os problemas de saúde que preocupam a enfermagem (Whittemore, Knafl, 2005).

Este método deve ser realizado de forma organizada, com etapas claras e preceitos rígidos de teor metodológico, considerando a teoria, os métodos, os resultados, os dados abordados nos estudos revisados, fornecendo ao leitor informações suficientes sobre os estudos revisados (Ganong, 1987). A utilização da revisão integrativa na área da saúde vem da necessidade de obtenção de informações por meio de pesquisas já realizadas, e dar suporte para tomada de decisões frente às evidências.

Assim, neste estudo foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as estratégias de implementação da lista de verificação de parto seguro da OMS com o propósito de ajudar a prevenir as principais causas de morte materna, de natimortos por causas intraparto e das mortes neonatais que ocorrem em instituições de saúde

e apoiar a assistência ofertada pelos profissionais no período antes, durante e após o parto, quando mulheres e recém-nascidos enfrentam os maiores riscos de mortes e complicações.

A revisão buscou responder à questão: “Quais estratégias são utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades?”

O levantamento do material bibliográfico foi realizado pela internet na biblioteca do Hospital Universitário em agosto de 2022. Assim, foram utilizadas as bibliotecas virtuais: Portal da PUBMED, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e, as bases de dados: *U.S. National Library of Medicine*® (MEDLINE), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foi utilizado os termos livres "safe childbirth checklist" OR "checklist de parto seguro" OR "checklist do parto seguro" OR "checklist no parto seguro" OR "lista de verificação de parto seguro" OR "Check-list parto seguro" OR "Checklist parto seguro" OR "*lista de verificación de nacimiento seguro*" OR "*lista de verificación del parto seguro*".

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais e completos, de abordagem qualitativa e quantitativa, publicados no período de 01 de janeiro de 2012 a 01 de agosto de 2022, nos idiomas português, espanhol e inglês e estudos primários. Os critérios de exclusão foram os artigos publicados fora da área materno-infantil, publicações duplicadas, editoriais, artigos de revisão, cartas e artigos que não abordaram a temática. O marco temporal de 2012 foi escolhido devido os primeiros estudos pilotos relacionados a lista de verificação de parto seguro terem ocorrido a partir de 2012. Em outubro de 2023 foi realizada um atualização da buscas nas fontes de dados.

4.4.3 Etapa 3: Planejamento de atividades para a solução do problema

Nesta etapa foi desenvolvido um grupo focal com seis profissionais do grupo de trabalho responsáveis por adaptar e implementar a lista de verificação de parto seguro da OMS na maternidade de estudo (o profissional anestesista não participou do grupo focal devido ausência no dia em questão). O encontro ocorreu dia 09 de março de 2023 na sala de reuniões do Departamento de Tocoginecologia do Hospital Universitário e contou com a participação de uma moderadora e uma observadora, ambos iniciantes na técnica de grupo focal. No início do encontro, a moderadora orientou a operacionalização e as etapas a serem percorridas e os objetivos propostos. Ela também introduziu a temática e algumas questões para aprofundá-la. Os participantes foram convidados a analisar três artigos jornalísticos que falavam sobre erros de medicação, esquecimento de gaze dentro do abdome durante uma cesárea e troca de bebês

em uma maternidade, todos referente a realidade brasileira e expusessem suas percepções. Em alguns momentos a moderadora, precisou intervir para manter e/ou retomar o foco das discussões e promover as trocas de saberes em todo o grupo. O observador do estudo controlou o tempo do encontro, auxiliou na organização, monitorou os gravadores de áudio e além das manifestações não verbais, o observador também registrou no seu diário de campo algumas falas dos participantes, que pudessem auxiliar no momento da transcrição.

Após a discussão inicial sobre os erros durante a assistência em maternidades, apresentados nos artigos jornalísticos, iniciou-se a apresentação das questões norteadoras: “Para vocês, o que vêm à mente quando se fala de segurança do paciente?”, “Quais os principais agravos na saúde da mulher e do recém-nascido na assistência dentro da maternidade causados pelos profissionais?”, também foi perguntado se os participantes do grupo sabiam de estratégias e ferramentas que podem reduzir esses agravos na assistência?

Após as discussões foi apresentada a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde e apontado os pontos de pausas para verificação, em cada etapa do cuidado na maternidade. Na sequência foi perguntado aos participantes: “Qual a importância desses pontos de parar e verificar determinadas etapas da assistência materno-infantil? Também foi questionado se os profissionais já haviam passado por situações que pudessem gerar eventos adversos durante a assistência?

A última pergunta do roteiro foi “Em relação a implementação da lista de verificação, como podemos incentivar e envolver a equipe? Que estratégias podemos utilizar para implementar a lista de verificação de parto seguro na nossa maternidade?”

O grupo focal teve duração de uma hora. Após o término das discussões foi agendado nova reunião quinze dias após o primeiro encontro do grupo de trabalho com o objetivo de realizar a adaptação da lista de verificação para a realidade da maternidade cenário do estudo. Foram realizadas quatro reuniões específicas para a adaptação da lista a cada quinze dias. A anestesista participou somente de uma reunião para a adaptação e inclusão dos itens de verificação no momento do pré, intra e pós-operatório (em casos de cesarianas).

Plano de Ação

Através dos dados obtidos no grupo focal, após adaptação da Lista de verificação do nascimento foi elaborado pela autora desse estudo um plano de ação utilizando a ferramenta 5W2H para implementação da Lista na prática assistencial. A maneira que a Lista de Verificação é apresentada aos profissionais de saúde é importante. Assim como a Lista de Verificação para Cirurgia Segura e outros instrumentos destinados a melhorar a segurança e a

qualidade da assistência, o simples fato de introduzir uma Lista de Verificação em uma unidade de saúde não implica uma melhoria das práticas essenciais dos cuidados de saúde. Segundo o material preparado pela OMS como um guia para a implementação da lista de verificação de parto seguro, os seguintes três passos essenciais podem ajudar as instituições de saúde a obterem os melhores resultados:

ENVOLVER:

- Criar uma equipe para apoiar a implementação;
- Assegurar a adesão e a compreensão sobre a Lista de Verificação pelas partes interessadas por meio de reuniões;
- Criar uma equipe com líderes que se apropriem da Lista de Verificação para orientar a implementação;
- Rever recursos e práticas, para determinar o que é necessário para o sucesso da Lista de Verificação;
- Adaptar a Lista de Verificação, de modo a cumprir as orientações e protocolos locais.

Esses passos foram seguidos pela autora para melhor envolvimento das equipes através do grupo de trabalho.

LANÇAR:

- Organizar um evento para apresentar a lista de verificação da OMS para partos seguros;
- Incluir formação técnica, para evitar as lacunas na prática e tirar dúvidas.

O lançamento da Lista na instituição foi no dia 04 de setembro de 2023.

APOIAR:

- Encorajar o uso, por meio da tutoria, monitorização e avaliação (esse item será realizado posteriormente em outro estudo);
- Discutir o uso da Lista de Verificação e fazer uma demonstração do uso da lista. Esse ponto foi feito in loco, com as equipes do grupo de trabalho e Núcleo de Segurança do Paciente.
- Observar o uso da Lista de Verificação e usar competências para realização de feedback para encorajar a mudança e motivar a adesão;
- Documentar os êxitos e os problemas, recolhendo informação sobre o uso da Lista de Verificação.

Assim, neste estudo foi elaborado um plano de ação baseado nestas recomendações da OMS, que será apresentado no capítulo dos resultados.

4.4.4 Etapa 4 - Implementação do plano de ação

A primeira etapa do plano de ação foi a apresentação da lista de nascimento seguro adaptado à realidade da maternidade de estudo e seu protocolo operacional padrão para as enfermeiras dos setores envolvidos, a fim delas repassarem para as equipes técnicas. Também recomendou-se a difusão da lista por meio de um banner na maternidade, publicidade e mesas redondas para estimular a participação das equipes e estimular a cultura da segurança organizacional e treinamento das equipes in loco pelas enfermeiras referências. O uso do banner é indicado para a implementação da lista de verificação pelo guia da OMS e reforça a ideia do uso da lista (OMS, 2017). Assim, foi elaborado um banner, com o auxílio financeiro do Hospital Universitário, com os seguintes dizeres: “Lista de Verificação de Nascimento Seguro - Profissional de saúde: Faça a sua parte! Utilize a lista a favor do cuidado materno e neonatal seguro” e afixado no corredor central da maternidade.

Para envolvimento adequado, o lançamento da lista de verificação deve ser realizado em uma data pré-determinada a fim de chamar a atenção das equipes e trazer mudanças nas práticas dos profissionais de saúde. Então, foi definido o dia 04 de setembro de 2023 para o início da implementação da lista na prática nos diferentes setores da maternidade.

Os implementadores e os líderes das equipes devem encorajar e dar suporte necessário promovendo continuamente a lista de verificação, de modo a sensibilizar e entusiasmar as pessoas para o seu uso. Um exemplo mencionado no guia de implementação da lista de verificação é utilizar reuniões regularmente agendadas para salientar a importância de usar a lista de verificação e discutir os progressos feitos até à data. Neste sentido, durante a aplicação da lista na prática, a pesquisadora esteve disponível nos diferentes setores da maternidade estimulando o preenchimento da mesma e sanando as dúvidas que por ventura foram surgindo. Também foi agendada uma reunião de *feedback* com as equipes e o Núcleo de Segurança do Paciente e a Qualidade, junto aos gestores da maternidade para discutir o primeiro mês de utilização da lista, a reunião foi realizada dia 04 de outubro via Teamns.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Um dos desafios da produção de uma pesquisa qualitativa, está na abordagem analítica das subjetividades e dos significados dentro do contexto da interpretação textual envolvidos no tema da análise. Assim, a análise do corpus textual através da lexicometria de natureza qualitativa, estabelece uma etapa importante no processamento dos dados, tendo as palavras como chaves para compreensão dos significados. Segundo Silva e Ribeiro (2021) “desta forma, dando a análise delas, temos o reconhecimento de sua complexidade”.

Para o tratamento de dados do estudo foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que se divide em:

1. Pré-análise que corresponde a uma espécie de análise dos dados, através de uma leitura flutuante e a organização do material como a escolha dos documentos e objetivos.
2. A codificação ocorre com a exploração do material, onde os dados brutos são transformados em representações do conteúdo presente no corpus.
3. Inventário e a classificação dos dados ocorrem por último e há uma análise dos resultados por meio da inferência e interpretação lógica dos conteúdos encontrados nos textos.

O auxílio de um programa de computador para a análise dos dados das pesquisas qualitativas é uma opção para os pesquisadores e representa uma vantagem na codificação, organização e separação das informações, localizando de forma rápida, os segmentos de texto utilizados na transcrição da pesquisa, assim como na avaliação quanto à similaridade ou diferença da ideia dos participantes e a junção de classes. Porém não elimina a necessidade do pesquisador em detalhar cada linha e analisar a similaridade dessas classes (Creswell, 2010). Assim, para a etapa de pré-análise e codificação do conteúdo foi utilizado o software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), gratuito e de fonte aberta.

O software Iramuteq possui diversas ferramentas para a análise sobre os corpus textuais dentre eles a estatísticas textuais clássicas como a lexicografia por meio do cálculo de frequência de palavras, a pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis), a classificação hierárquica descendente (CHD) conforme o método descrito por Reinert (1987 e 1990), a análise de similitude de palavras presentes no texto e nuvem de palavras. Também possui ferramentas que fazem análises sobre tabelas indivíduos / palavras: CHD conforme algoritmo proposto por Reinert (1987), CHD por matrizes de distância, análise de similitude (por exemplo, de palavras resultantes de evocações livres) e descrição de teste qui-quadrado (X²).

ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL NO SOFTWARE IRAMUTEQ

Ao realizar a análise do corpus textual pelo Iramuteq, deve-se verificar se o total de textos considerados pelo software é o mesmo que o corpus textual preparado pelo autor. Este passo é importante para avaliar a validade ou não da análise estatística textual realizada pelo software, assim, para ser considerada válida, ou com qualidade suficiente, é necessário que se alcance 70% do total (Silva; Ribeiro, 2021).

Segundo o tutorial para utilização do software Iramuteq de Camargo e Justo (2013), a transcrição do grupo focal deve ser “preparada” para que o processamento das análises seja realizado de forma adequada. Essa transcrição foi organizada em planilha do LibreOffice 7.5, o arquivo foi salvo em uma configuração de texto.txt e foram seguidas as orientações de Camargo e Justo (2013) que se seguem:

- 1) Colocar todos os textos em um único arquivo de texto no software (LibreOffice);
- 2) Separar os textos com linha de comando (com asteriscos), para que cada entrevista seja reconhecida pelo software como um texto;
- 3) Corrigir e revisar todo o arquivo, avaliando os erros de digitação para que não seja avaliado como uma palavra diferente;
- 4) Observar pontuação, porém a sugestão é não deixar parágrafo que não é reconhecido pelo *software*;
- 5) As intervenções e anotações do pesquisador não devem entrar na análise;
- 6) O texto não deve ter o uso do negrito, itálico ou outro artifício semelhante e não deverá ser justificado;
- 7) As siglas devem ser uniformizadas e de preferência usá-las por extenso unidas por *underline*;
- 8) Os hifens viram espaços em branco, as palavras compostas deverão ser unidas com *underline*;
- 9) Usar os verbos em sua forma próclise (me tornei e não tornei-me);
- 10) Os números deverão ser usados em forma algoritmia;
- 11) Não utilizar: aspas, apóstrofo, hífen, cifrão, porcentagem ou asterisco (este somente antecedendo as linhas de comando);
- 12) Ao salvar o corpus este deverá ser uma pasta no desktop, somente para análise como texto codificado (nome_do_arquivo.txt).

Foi realizada uma leitura flutuante e colocado todos os dados transcritos em uma única planilha de documento, separando a pergunta realizada (foi utilizado o identificador grupos de

1 a 5 e utilizado uma linha de comando do software (****), também foram organizadas as falas dos participantes (de A a F), exemplo: **** *gru_01 *part_A, ****grupo_01 * part_B.

As contribuições textuais com menos de 40 palavras foram agrupadas em textos maiores, de modo a permitir que o software realizasse a análise estatística dos dados. Essas etapas formaram o corpus textual final para análise no Iramuteq que incluiu as formas ativas, ou seja, substantivos, verbos, adjetivos, advérbios e as formas suplementares que, neste caso, incluíram apenas substantivos suplementares e adjetivos numéricos.

O diagrama de Zipf

É uma ilustração gráfica da distribuição de frequências que representam o comportamento de todas as palavras presentes no corpus analisado. O eixo *frequencies* (y) demonstra quantas vezes uma palavra e suas formas associadas aparecem, enquanto no eixo *rangs* (x) mostra a quantidade das mesmas (Klant; Santos, 2021).

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

Por meio desta análise é possível verificar as associações de dependência e independência entre cada categoria intermediária através da visualização das formas e variáveis do plano fatorial. Segundo Veraszto et al., (2018) o plano cartesiano formado pelos dados inseridos permite identificar esses níveis de dependência ou independência por meio das distâncias ou proximidades entre as variáveis, formando um gráfico identificado por cores dos grupos identificados pelo software.

Análise da classificação hierárquica descendente (CHD)

Proposto por Reinert, trata-se de uma das análises mais importantes do Iramuteq. Essa análise é responsável por agrupar classes de Segmentos de Texto (ST) com vocabulários parecidos entre si e, ao mesmo tempo, esse vocabulário deve ser diferente de outros ST das demais classes. Segundo Salviati (2017) essa análise ocorre por meio da junção da proximidade entre o significado das palavras e no raciocínio de que palavras utilizadas em contexto semelhante estão ligadas ao mesmo mundo léxico, assim como são partes de um sistema de representação específicos. O teste qui-quadrado (χ^2) é o método empregado para estabelecer a força associativa estatística entre as palavras e sua classe correspondente para cruzar ST e palavras (Camargo; Justo, 2013).

Análise de Similitude

Ancorada nas teorias dos grafos, onde os resultados da análise são apresentados por meio de uma representação gráfica que possibilita visualizar as relações entre as formas linguísticas de um corpus, o que evidencia a forma como o conteúdo do texto se estrutura (Camargo; Justo, 2013).

Nuvem de Palavras

É uma “representação gráfica em função da frequência das palavras” presente no conjunto de textos analisados, como afirmam Camargo e Justo (2013, p. 16). Ela auxilia o pesquisador obter uma compreensão generalista sobre os resultados presentes no conjunto de textos analisado. Esse método é visto como uma análise lexical simples, nesse processamento foram usadas as formas ativas com mais frequência no grupo focal. Assim, considera-se que as palavras com fonte maiores se tornam as mais relevantes porque foram utilizadas mais vezes no corpus (Klant; Santos, 2021).

Estas ferramentas foram utilizadas com o objetivo de obter uma análise mais aprofundada do material. Nesta etapa se deu a codificação, proposta por Bardin, onde ocorre com a exploração do material, ou seja, os dados brutos são transformados em representações do conteúdo presente no corpus.

Por fim, a última etapa proposta por Bardin foi o Inventário e a classificação dos dados, onde ocorre uma análise dos resultados por meio da inferência e interpretação lógica dos conteúdos encontrados nos textos. Para Bardin (1977) a análise de conteúdo tem como objetivo a dedução de conhecimentos referentes às condições de produção, utilizando indicadores que podem ser quantitativos ou não.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas de acordo com os critérios éticos da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012). A pesquisa submetida à apreciação e aprovação do GEP – Gerencia de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário e confirmação de participação por meio da Carta de Anuência (Anexo B) e após ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, número do parecer: 5.833.282 (Anexo C).

Após autorização para realizar o estudo pela Instituição e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que compõe o Grupo de

Trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro e os enfermeiros que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto. Previamente à coleta de dados, foi apresentado e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) aos participantes da pesquisa.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. Riscos: constrangimento; timidez; nervosismo; incômodo; vergonha; cansaço; estresse; aborrecimento; evocação de memórias; quebra de sigilo e confidencialidade; quebra de anonimato; exposição de terceiros; exposição acentuada a situações de desconforto e imprecisão na divulgação dos resultados.

Os benefícios foram proveito direto ou indireto, auferido pelo participante em decorrência de sua participação na pesquisa através do conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações; evidências para apoiar a incorporação de ações; desenvolvimento de estratégias; potencial para evitar riscos graves e desenvolvimento de material para conscientização de todo o grupo.

As medidas de prevenção ou minimização dos riscos foram aplicadas através de ambiente acolhedor e privativo; perguntas de forma objetiva; atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto; liberdade em interromper a participação; possibilidade de recusa a responder a qualquer pergunta; sigilo dos dados; assegurar a confidencialidade e a privacidade.

Em relação ao anonimato qualquer dado que possa identificar o participante foi omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado foi armazenado em local seguro a fim de evitar exposição aos participantes.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na forma de manuscrito, seguindo a Resolução Normativa nº 46/2019/CPG, de 24 de junho de 2019 (Anexo B) em consonância à Instrução Normativa 01/MPENF/2014, de 03 de dezembro de 2014 (UFSC, 2014) que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós – Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional), da UFSC. Assim, apresentam-se neste capítulo dois manuscritos e dois produtos:

MANUSCRITO 1: ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.

MANUSCRITO 2: ADAPTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE.

PRODUTOS: (1) PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO E (2) LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO.

5.1 MANUSCRITO 1: ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura as principais estratégias de implementação da lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em maternidades. **Método:** revisão integrativa de literatura que incluiu artigos primários indexados em bases de dados selecionadas, utilizando os termos livres "safe childbirth checklist" OR "checklist de parto seguro" OR "checklist do parto seguro" OR "checklist no parto seguro" OR "lista de verificação de parto seguro" OR "Check-list parto seguro" OR "Checklist parto seguro" OR "lista de verificación de nacimiento seguro" OR "lista de verificación del parto seguro". A análise dos resultados ocorreu na forma descritiva. **Resultado:** Os resultados foram organizados em quatro categorias temáticas, sendo: 1) Envolvimento da liderança; 2) Treinamento e coaching para motivar a mudança de comportamento 3) Disponibilidade da lista de verificação de parto seguro e 4) Feedback. **Conclusão:** O reconhecimento da importância da utilização da lista de verificação é primordial pelos prestadores de serviços a fim de mudar as práticas dos profissionais e das unidades de saúde, assim como criar melhorias em todo o sistema acerca da segurança nas maternidades. Essas

mudanças podem, por sua vez, levar a uma melhor qualidade dos cuidados para as mães e os recém-nascidos e a prevenção dos eventos adversos.

Descritores: Lista de verificação de parto seguro, serviços de saúde materno-infantil, segurança do paciente, Revisão.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É um indicador importante de saúde da mulher assim como, do nível de saúde da população geral, além de fundamentar os programas e ações de atenção à saúde (Brasil, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021). No que tange as mortes neonatais, o Brasil ainda apresenta um número expressivo, porém 70% destas mortes podem ser evitadas por meio de acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência destinada as gestantes (Buges; Coelho; Silva, 2020).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, reconfigurou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que originalmente tinham foco na saúde materno-infantil, com o intuito de reduzir os eventos adversos durante a gestação e o nascimento, assim surgiram as 17 metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável organizadas pela ONU (Organização das Nações Unidas). As metas relacionadas à saúde e bem-estar da mulher e neonatos incluem diminuição da mortalidade materna, diminuição dos óbitos fetais, aborto, baixo peso ao nascer, parto prematuro e mortes neonatais. Apesar dos esforços direcionados para abordar essas questões, esses eventos ainda persistem e representam preocupações significativas (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018).

Tendo em vista esse problema, os serviços de saúde vêm aprimorando, nas últimas décadas, seus processos de trabalho, com a instauração de protocolos de segurança visando reduzir essas mortes (Brasil, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021). A inadequada assistência prestada durante o trabalho de parto é um fator que está intimamente associado à mortalidade materna de causas obstétricas diretas onde simples intervenções poderiam evitar essa taxa de mortalidade. A diminuição das taxas de mortalidade materna é um desafio mundial para as instituições de saúde (Pedroni *et al.*, 2020).

Diversas instituições internacionais responsáveis pela acreditação hospitalar avaliam a questão da cultura da segurança do paciente nos processos de trabalho institucionais a fim de monitorar mudanças e resultados. O conceito de cultura da segurança do paciente deve estar associado ao processo de trabalho de todos os envolvidos na assistência e gestão dos serviços de saúde, que devem assumir a responsabilidade pela sua própria segurança e dos pacientes acima de metas financeiras e operacionais. Os gestores devem entender que a maternidade

precisa ser compreendida como uma organização diferente dentro da instituição hospitalar, por compreender um binômio que não necessariamente, apresenta um processo de doença, visto que a gravidez, o parto e o pós-parto são processos fisiológicos (Pedroni *et al.*, 2020).

O cuidado seguro durante o processo do trabalho de parto pressupõe a qualidade na assistência onde é verificado possíveis erros e fatores que possam ser modificados e busca a mitigação dos riscos oriundos da prática obstétrica. Os fatores que podem vir a contribuir com erros na assistência podem ser relativos ao ambiente de trabalho, organizacionais, a comunicação entre os diversos profissionais e a cultura de segurança que influenciam todos os demais fatores contribuintes. Os eventos adversos na obstetria estão associados à morbimortalidade materna e infantil, e são relacionados à diversos fatores (Villar *et al.*, 2022).

Durante os procedimentos de assistência à saúde, a ocorrência de danos aos pacientes, ainda que não intencionais, são passíveis de ocorrer. A compreensão destes riscos e os fatores que contribuem para a ocorrência possibilita desenvolver estratégias para minimizar as possibilidades de erro.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um programa de segurança do parto baseado em uma lista de verificação. O objetivo desse programa foi determinar se uma ferramenta de baixo custo e fácil aplicação poderia ser eficaz na melhoria da segurança durante o parto. A lista de verificação para partos seguros, da OMS foi desenvolvida pelo *Ariadne Labs*, em uma parceria do *Brigham and Women's Hospital* com a *Harvard T.H. Chan School of Public Health* e supervisão da fundação *Bill & Melinda Gates* (OMS, 2017). As listas de checagem de segurança vieram neste contexto a fim de garantir uma assistência à saúde de qualidade e permitindo que todos os passos de um procedimento sejam realizados toda vez em que for executado, diminuindo riscos e danos ao paciente (Thomé, Bernardo, 2022).

Deste modo, viu-se a necessidade de identificar as estratégias de implementação dessa ferramenta nas instituições de saúde com o objetivo de ajudar a prevenir as principais causas de morte materna, de natimortos por causas intraparto e das mortes neonatais que ocorrem em instituições de saúde e apoiar a assistência ofertada pelos profissionais no período antes, durante e após o parto, quando mulheres e recém-nascidos enfrentam os maiores riscos de mortes e complicações.

Assim, neste estudo desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura com objetivo de identificar as estratégias utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que seguiu os passos propostos por Whitemore e Knafl (2005). No estudo “*The integrative review: updated methodology*”, as etapas de uma revisão integrativa seguem basicamente cinco etapas: 1) formulação do problema, 2) coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura, 3) avaliação dos dados, 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados. É importante ressaltar a importância das revisões integrativas na construção da ciência da enfermagem e na informação de diversas áreas, como pesquisa, prática e políticas de saúde.

As revisões integrativas têm como objetivo fornecer uma compreensão ampla e abrangente de um determinado fenômeno ou problema de saúde, sintetizando a literatura empírica e teórica anterior. Ao revisar e integrar a literatura existente, as revisões integrativas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento e aprimoramento de teorias na enfermagem e em outras áreas relacionadas à saúde. Com a ênfase crescente na prática baseada em evidências, as revisões integrativas desempenham um papel crucial ao fornecer uma base sólida de evidências para orientar as práticas de enfermagem e outras práticas de saúde. Também podem influenciar a formulação de políticas de saúde, fornecendo uma síntese abrangente da evidência disponível e ajudando a informar as decisões políticas relacionadas à saúde. (Whitemore, Knafl, 2005).

Para elaboração da questão norteadora deste estudo, utilizou-se a estratégia mnemônica PVO, que é uma adaptação da técnica PICO, utilizada pelas investigações na área da saúde, na qual P corresponde à população/ao problema da pesquisa; V, às variáveis do estudo; e O, aos resultados alcançados. Com isso, a população são os profissionais de saúde, a variável se estratégias de implantação da lista de verificação, e os resultados alcançados são a aplicação da lista. A pergunta que guiou esta revisão foi: “Quais estratégias são utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades?”.

O levantamento do material bibliográfico foi realizado pela internet na biblioteca do Hospital Universitário em agosto de 2022 e atualizado em outubro de 2023. Assim, foram utilizadas as bibliotecas virtuais: Portal da PUBMED, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e, as bases de dados: *U.S. National Library of Medicine*® (MEDLINE), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) foram realizadas tentativas de utilização dos seguintes descritores:

Quadro 1. Descritores em português, inglês e espanhol que utilizados na revisão Integrativa, Florianópolis, SC, 2022.

	Assunto e sinônimos em português*	Assunto e sinônimos em espanhol*	Assunto e sinônimos em inglês*
Assunto 1	Lista de verificação	<i>Lista de Verificación</i>	<i>Checklist</i>
Assunto 2	Qualidade da Assistência à Saúde	<i>Calidad de la Atención de Salud</i>	<i>Quality of Health Care</i>
Assunto 3	Segurança do paciente	<i>Seguridad del paciente</i>	<i>Patient Safety</i>
Assunto 4	Serviços de Saúde Materno-Infantil	<i>Servicios de Salud Materno-Infantil</i>	<i>Maternal-Child Health Services</i>

Fonte: A autora (2022).

No entanto, após diversas tentativas de buscas junto à bibliotecária, viu-se a necessidade do emprego dos termos livres devido ao grande número de artigos não relacionados com o assunto. Assim as buscas nas fontes de dados ficaram:

- Portal da PUBMED e *U.S. National Library of Medicine*® (MEDLINE): "*safe childbirth checklist*" AND (journal article [Publication Type])".
- *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO): "*safe childbirth checklist*" OR "checklist de parto seguro" OR "checklist do parto seguro" OR "checklist no parto seguro" OR "lista de verificação de parto seguro" OR "Check-list parto seguro" OR "Checklist parto seguro" OR "*lista de verificación de nacimiento seguro*" OR "*lista de verificación del parto seguro*".
- *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL): "*safe childbirth checklist*".
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF): "*safe childbirth checklist*" OR "checklist de parto seguro" OR "checklist do parto seguro" OR "checklist no parto seguro" OR "lista de verificação de parto seguro" OR "Check-list parto seguro" OR "Checklist parto seguro" OR "*lista de verificación de nacimiento seguro*" OR "*lista de verificación del parto seguro*".
- COCHRANE *Library* (Ciências da Saúde, Medicina Baseada em Evidências; abrangência mundial): "*safe childbirth checklist*".
- EMBASE (Ciências da Saúde de abrangência mundial) "*safe childbirth checklist*".
- Scopus (Multidisciplinar de abrangência mundial) "*safe childbirth checklist*".

- *WEB OF SCIENCE*: "*safe childbirth checklist*".

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais e completos, de abordagem qualitativa e quantitativa, publicados no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de outubro de 2023, nos idiomas português, espanhol e inglês e estudos primários. Os critérios de exclusão foram os artigos publicados fora da área materno-infantil, publicações duplicadas, editoriais, artigos de revisão, cartas e artigos que não abordaram a temática.

A seleção dos artigos nas bases de dados ocorreu em outubro de 2023, e o processo de avaliação foi feito por dois pesquisadores de forma independente e um terceiro pesquisador auxiliou nos casos de discrepâncias. O marco temporal de 2012 foi escolhido devido os primeiros estudos pilotos relacionados a lista de verificação de parto seguro terem ocorrido a partir de 2012.

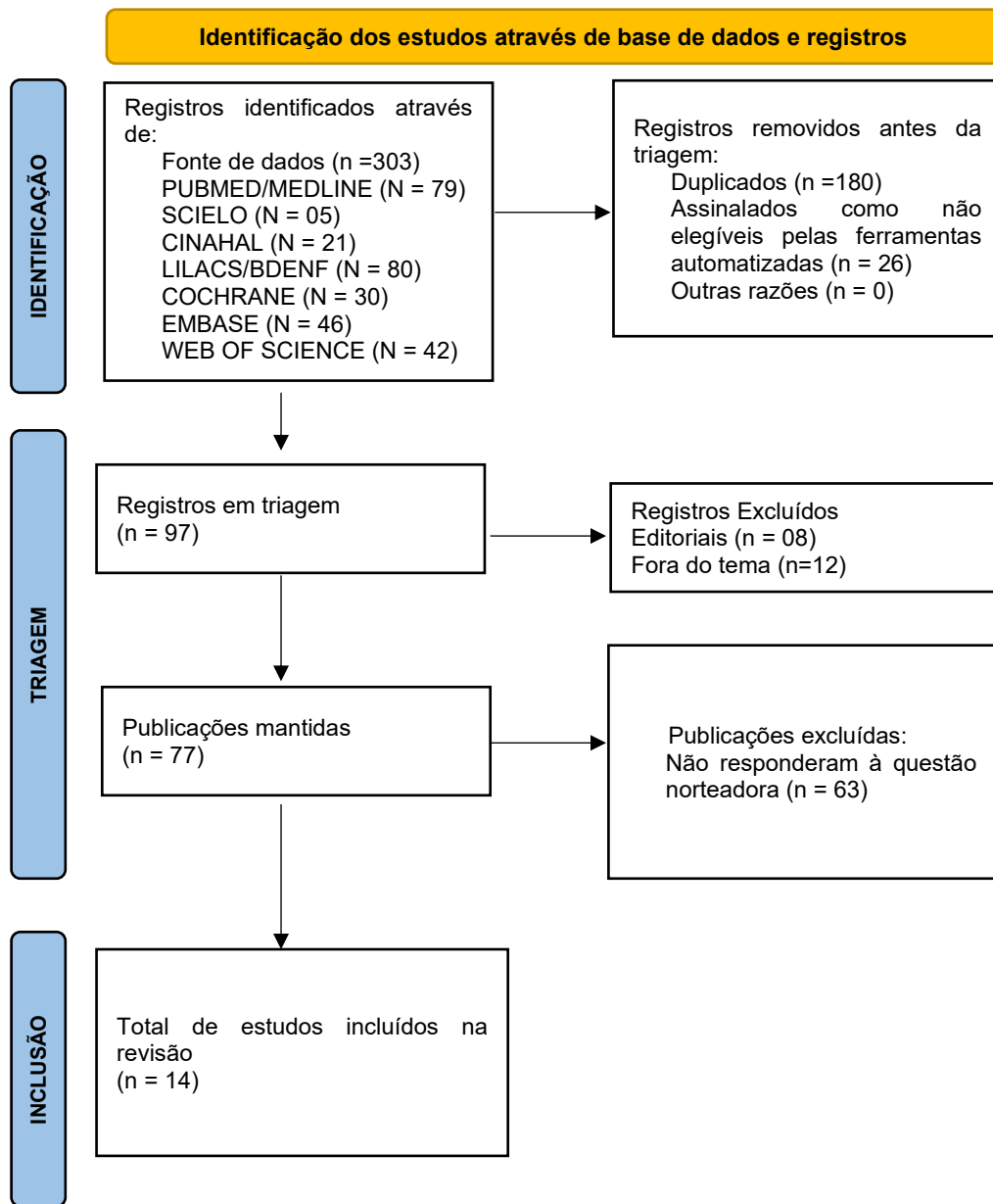
A seleção dos estudos foi realizada de modo a identificar trabalhos que abordassem o tema em questão e se eles preenchiam os critérios descritos acima, mediante leitura de títulos e resumos. Na segunda etapa, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos. Caso houvesse discordância entre os avaliadores sobre a seleção, era realizada discussão específica sobre o artigo em questão, confrontando ideias com base nos critérios adotados para a revisão.

Em seguida os estudos selecionados foram organizados em uma tabela contendo título de pesquisa, autores, tipo de pesquisa, ano de publicação, participantes, estratégias utilizadas para a implementação e resultados da implementação. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva procurando identificar similaridades entre as estratégias encontradas.

RESULTADOS

Foram identificados 303 títulos. A base com maior número de artigos foi a LILACS/BDENF (80), seguida por MEDLINE (79), *WEB OF SCIENCE* (42), EMBASE (46), COCHRANE (30), CINAHAL (21) e SCIELO (05). Inicialmente foram excluídos 180 estudos, por estarem duplicados. Em seguida houve a exclusão de 26 estudo que não contemplaram os critérios de inclusão, após essa etapa foram excluídos os editoriais (08). Restaram 77 artigos para leitura na íntegra. Dessas publicações, apenas 14 artigos compuseram o corpus do trabalho e responderam à questão norteadora.

Figura 3 – Processo de seleção de artigos da revisão integrativa.



Fonte: A autora, 2023.

No quadro 2 apresentamos algumas das variáveis extraídas dos estudos selecionados com destaque aos principais resultados de cada um:

TÍTULO E AUTORES	TIPO DE PESQUISA	ANO	LOCAL DO ESTUDO	PARTICIPANTES	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA	PRINCIPAIS RESULTADOS
Effectiveness of the WHO Safe Childbirth Checklist program in reducing severe maternal, fetal, and newborn harm in Uttar Pradesh, India: study protocol for a matched-pair, cluster-randomized controlled trial. SEMRAU, K. E., HIRSCHHORN, L. R., KODKANY, B., SPECTOR, J. M., TULLER, D. E., KING, G., ... & GAWANDE, A. A.	Estudo randomizado e controlado	2016	Índia	Parteiras, mulheres e seus recém-nascidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da liderança; • Evento oficial de lançamento; • Estratégias de observação e coaching para motivar a mudança de comportamento; • Feedback. 	Melhor compreensão de como educar as parteiras sobre como usar a Lista de Verificação e estar motivado para melhorar a prática clínica. Além disso viu-se a importância de educação em saúde e a utilização de coaching entre pares para capacitar os profissionais de saúde e para que acreditem na sua própria capacidade de progresso e percebam que através das suas próprias práticas eles podem garantir que os resultados maternos e neonatais podem ser melhorados.
The Better Birth Program: Pursuing Effective Adoption and Sustained Use of the WHO Safe Childbirth Checklist Through Coaching-Based Implementation in Uttar Pradesh, India	Estudo randomizado e controlado	2017	Índia	Prestadores de cuidados de saúde e parteiras	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do Programa Better Birth para apoiar o uso da Lista de Verificação; • Treinamento das equipes de saúde e de líderes de referência (coach); 	Utilizados estratégias de mudança de comportamento, incluindo a Abordagem Colaborativa de Melhoria e o Coaching para influenciar a adoção de comportamentos e

KARA, N., FIRESTONE, R., KALITA, T., GAWANDE, A. A., KUMAR, V., KODKANY, B., ... & SEMRAU, K. E					<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de suporte e apoio às equipes; 	e outras mudanças gerais.
Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. PERRY, W. R. G., NEJAD, S. B., TUOMISTO, K., KARA, N., ROOS, N., DILIP, T. R., ... & DHINGRA-KUMAR, N.	Estudo piloto multicêntrico	2017	Diversos países ao redor do mundo	Líderes e implementadores de programas de saúde materno-infantil que tiveram contato com o Ariadne Labs	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento das equipes; • Feedback; • Uso de simulação; • Apoio adequado da liderança. 	A Lista melhorou a conscientização sobre a segurança do paciente, permitiu detectar rapidamente o risco e gerenciar prontamente as complicações da mãe e do recém-nascido. Também foi percebido que Lista de Verificação melhorou a comunicação e o trabalho em equipe.
Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil PRAXEDES, A. D. O., ARRAIS, L., ARAÚJO, M. A. A. D., SILVA, E. M. M. D., GAMA, Z. A. D. S., & FREITAS, M. R. D.	Abordagem observacional e transversal	2017	Brasil	Prestadores de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio adequado da liderança. • Reuniões periódicas de sensibilização com as equipes; 	São necessários engajamento e compromisso da liderança, com foco na apresentação da lista de verificação aos seus usuários, inserção da compreensão de que existem lacunas na qualidade e abordagem das causas evitáveis de dano, apoiados por um treinamento que garanta o uso contínuo e sustentável da lista, com monitoramento das

						intervenções e das mudanças de práticas.
<p>Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre- and post-intervention study.</p> <p>TUYISHIME, E., PARK, P. H., ROULEAU, D., LIVINGSTON, P., BANGUTI, P. R., & WONG, R.</p>	Estudo experimental	2018	África	Prestadores de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento no uso do checklist a todo o corpo clínico; • Afixar cartazes de Lista em diferentes locais da maternidade. 	A implementação da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS melhorou a taxa geral de conformidade no Hospital Distrital de Masaka.
<p>Optimizing the development and evaluation of complex interventions: lessons learned from the BetterBirth Program and associated trial.</p> <p>BARNHART, D. A., SEMRAU, K. E., ZIGLER, C. M., MOLINA, R. L., DELANEY, M. M., HIRSCHHORN, L. R., & SPIEGELMAN, D.</p>	Estudo randomizado e controlado	2020	Índia	Parteiras	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da liderança; • Lançamento de um programa educacional e motivacional; • Estratégias de observação e coaching para motivar a mudança de comportamento; • Feedback. 	Verificou-se: necessidade de desenvolver uma teoria robusta de mudança; definir resultados de otimização, que são usados para avaliar a eficácia da intervenção em todas as fases de desenvolvimento, e critérios de sucesso correspondentes, que determinam se a intervenção foi suficientemente otimizada para garantir uma avaliação em grande escala; e identificar estratégias para melhorar a implementação e quanto dessas estratégias devem ser utilizadas.

<p>Feasibility study on the adoption of the WHO safe childbirth checklist by front-line healthcare providers and managers in Burkina Faso and Côte d'Ivoire</p> <p>KOUROUMA, K. R., YAMÉOGO, W. M. E., DOUKOURÉ, D., AGBRÉ YACÉ, M. L., TANO KAMELAN, A., COULIBALY-KONÉ, S. A., ... & KOUANDA, S.</p>	<p>Estudo piloto multicêntrico</p>	<p>2020</p>	<p>África</p>	<p>Prestadores de cuidados de saúde e gestores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento dos prestadores de saúde; • Exposição na sala de partos, afixada nas paredes; • Integrar a lista ao prontuário da paciente. 	<p>Os potenciais facilitadores da sua introdução foram o empenhamento dos gestores, a motivação dos prestadores de cuidados de saúde e a disponibilidade de material. As melhores estratégias para uma utilização foram a sua ligação a um instrumento existente, como o partograma, e/ou a sua exposição na maternidade.</p>
<p>Coaching Intensity, Adherence to Essential Birth Practices, and Health Outcomes in the BetterBirth Trial in Uttar Pradesh, India</p> <p>BARNHART, D. A., SPIEGELMAN, D., ZIGLER, C. M., KARA, N., DELANEY, M. M., KALITA, T., ... & SEMRAU, K. E.</p>	<p>Estudo randomizado e controlado</p>	<p>2020</p>	<p>Índia</p>	<p>Enfermeiras e parteiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do Programa Better Birth para apoiar o uso da Lista de Verificação; • Coaching contínuo e o feedback para apoiar a mudança de comportamento e 	<p>Viu-se que a orientação frequente foi associada a uma maior adesão a práticas essenciais de parto.</p>
<p>Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the WHO safe childbirth checklist tool in a Tanzania Regional Hospital.</p> <p>THOMAS, J., VOSS, J., & TARIMO, E.</p>	<p>Estudo retrospectivo</p>	<p>2021</p>	<p>África</p>	<p>Prestadores de cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento da equipe; • Feedback. 	<p>Aumento da frequência nos cuidados de saúde para apoiar o cuidado.</p> <p>Diminuição de complicações graves em ambientes cirúrgicos.</p>

						A Lista de verificação foi considerada útil como um lembrete de melhores práticas.
Adaptation and implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist around the world. MOLINA, R. L., BENSKI, A. C., BOBANSKI, L., TULLER, D. E., & SEMRAU, K. E.	Estudo de intervenção	2021	Diversos países ao redor do mundo	Líderes e implementadores de programas de saúde materno-infantil que tiveram contato com o Ariadne Labs	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilização do Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS, utilizando como guia: “Envolver-Lançar-Apoiar”; ● Reuniões com as partes interessadas para garantir a adesão; ● Treinamento e supervisão de apoio sobre a utilização da Lista; ● Evento oficial de lançamento; ● Estratégias de observação e coaching para motivar a mudança de comportamento. 	O apoio contínuo à utilização de Lista variou entre locais com base em restrições de financiamento e capacidade. Os implementadores desejavam melhorias na ferramenta da Lista e nas estratégias de implementação, como esclarecer o propósito da lista, desenvolver estratégias para melhorar a adesão a práticas que são difíceis de mudar, simplificar e integrar a Lista nos fluxos de trabalho diários e fornecer suporte e treinamento contínuos. A implementação é viável numa variedade de contextos, mas sustentar a utilização da lista ao longo do tempo é complicado se os utilizadores finais e as principais partes interessadas não estiverem convencidos do seu valor.

Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the WHO safe childbirth checklist tool in a Tanzania Regional Hospital. THOMAS, J., VOSS, J., & TARIMO, E.	Estudo retrospectivo de prontuários	2021	África	Prestadores de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento da equipe; • Feedback. 	Aumento da frequência nos cuidados de saúde para apoiar o cuidado. Diminuição de complicações graves em ambientes cirúrgicos. A lista de verificação foi considerada útil como um lembrete de melhores práticas.
Evaluation of Dakshata, a scale-up WHO SCC and mentoring-based program, for improving quality of intrapartum care in public sector in Rajasthan, India: repeated mixed-methods surveys. SINGH S, KANNURI NK, MISHRA A, GAIKWAD L, SHUKLA R, TYAGI M, CHAMARTY S.	Método misto	2023	Índia	Administradores hospitalares, mentores, equipe obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento em massa e intensivo; • Programa de mentoria; • Monitoramento das ações; • Exercícios de simulação; • Feedback. 	A adesão às práticas recomendadas pelo programa melhorou. Taxas de natimortos reduziram significativamente.
Application of the PDCA cycle for implementing the WHO Safe Childbirth Checklist in women with vaginal deliveries. LI, XIAOYAN; ZHOU, TINGTING; MAO, JIAYI; WANG, LONGQIONG; YANG, XIAOCHANG; XIE, LILING	Estudo experimental	2023	China	Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de equipe de promoção para implementar a lista de verificação; • Treinamentos; • Monitoramento do processo; 	Diminuição das taxas de infecção, hemorragia puerperal, taxa de mortalidade neonatal e taxa de asfíxia neonatal.

<p>An innovative longitudinal nurse-midwife mentorship program in rural Malawi: The Global Action in Nursing (GAIN) project</p> <p>M OPENSHAW, C. KACHIMANGA, I. MPHANDE, M. SAYENDA, N. MWALE, E. KAPITO, A. BLAIR, C. MCMAHON, M. MHANGO, S. RANKIN, K. BALTZELL</p>	<p>Estudo experimental</p>	<p>2023</p>	<p>África</p>	<p>Enfermeiras e parteiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mentoria; • Treinamentos; • Simulações; • Modelo de orientação focados na enfermeira; • Feedback. 	<p>Envolvimento das partes interessadas, redução da mortalidade materna e neonatal, formação clínica e de liderança para enfermeiras com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada por enfermeiras obstétricas.</p>
--	----------------------------	-------------	---------------	--------------------------------	---	--

Fonte: A autora, 2023.

Houve uma diversidade de temas explorados nas pesquisas, entretanto, no conjunto analisado, poucos estudos contemplavam as estratégias utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades. Muitos estudos foram originados do projeto da Organização Mundial de Saúde para criar a lista de verificação e como se deram as validações em diversos países. Os estudos dataram, em sua maioria, dos anos de 2017 (3), 2020 (3), 2021 (3) e 2023 (3). Os principais locais participantes dos estudos foram da África (5) e Índia (4), por serem países com elevada taxa de mortalidade materna e neonatal e o idioma que prevaleceu foi o inglês (13).

Baseado na pergunta de revisão, dividiu-se o resultado em quatro categorias temáticas, sendo: 1) Envolvimento da liderança; 2) Treinamento e coaching para motivar a mudança de comportamento 3) Disponibilidade da lista de verificação de parto seguro e 4) Feedback.

ENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA

Dentre os estudos selecionados na revisão, quatro artigos trouxeram claramente a necessidade de envolvimento das lideranças para uma eficaz implementação da lista de verificação de parto seguro e um artigo utilizou treinamentos com as partes interessadas para maior adesão da lista. Kouroma *et al.*, (2020) descreve a necessidade de comprometimento dos gestores, mas esse comprometimento deve ser supervisionado também, impactando positivamente na introdução da ferramenta da OMS. No país Burkina Faso um apoiador descreveu: *“Deve ser um compromisso a nível institucional, para que seja um sucesso; caso contrário, o processo será bloqueado. Temos que mostrar aos praticantes que a ferramenta da OMS é importante ao fazer algumas supervisões. Caso contrário, não funcionará em campo.”*

Molina *et al.* (2021) trazem em seus estudos que as equipes que iniciaram a utilização da lista de verificação concordam em 57,1 % que dentre os principais facilitadores da implementação da lista de verificação o comprometimento da liderança contribui para uma melhor implementação do instrumento. Também foi observado neste estudo que uma das estratégias de implementação da lista de verificação de parto seguro da OMS é garantir o apoio dos gestores e um dos desafios é a falta de apoio desses gestores.

No estudo foi realizado no Hospital Distrital de Masaka, em Ruanda, os autores Tuyishime *et al.* (2018) também utilizaram o treinamento dos gestores como uma estratégia de implementação da lista da OMS a fim de entenderem a importância e o objetivo do projeto para obterem melhores resultados na utilização do instrumento. No mesmo estudo os autores

descrevem que a chave para o sucesso do projeto foi a aplicação de muitos princípios de melhoria da qualidade durante o treinamento e coaching, incluindo habilidades estratégicas de resolução de problemas, monitoramento e avaliação regulares e envolvimento da liderança. O apoio da gestão do hospital foi vital para a implementação da lista nesse estudo, as diretrizes claras da administração possibilitaram transmitir a todas as equipes a importância deste projeto e permitir a sua sustentabilidade como protocolo institucional (Tuyishime *et al.*, 2018).

TREINAMENTO E COACHING PARA MOTIVAR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

A motivação dos prestadores de cuidados de saúde foi citada como item primordial dentre os estudos selecionados nesta revisão. Os treinamentos das equipes e a mudança de pensamento e comportamento foram apontados como itens essenciais para a utilização de um novo instrumento das unidades de saúde (Kouroma *et al.*, 2020; Achola *et al.*, 2022; Kara *et al.*, 2017; Barnhart *et al.*, 2020; Thomas; Voss; Tarimo, 2021; Molina *et al.*, 2021; Tuyishime *et al.*, 2018; Perry *et al.*, 2017; Praxedes *et al.*, 2017; Semrau *et al.*, 2016).

Como estratégias de implementação os autores utilizaram também sensibilização e apoio contínuo para as equipes, mostrando os objetivos da lista e a mesma como uma ferramenta para auxiliar a assistência, e não mais um protocolo a ser realizado apesar da grande carga de trabalho realizada pelos profissionais de saúde (Tuyishime *et al.*, 2018; Kara *et al.*, 2017; Perry *et al.*, 2017).

Kouroma *et al.*, (2020) relatam a importância de treinamento de todas as equipes em conjunto, a fim de serem sensibilizados para a importância da utilização da lista. Thomas, Voss e Tarimo (2021) também citam a sensibilização dos gestores e das equipes em conjunto, a fim de explicar os itens da lista de verificação e sua importância na assistência. Para os autores Molina *et al.* (2021) a sensibilização das equipes e treinamentos são fatores que possibilitam o sucesso da implantação da lista.

Achola *et al.* (2022) trouxeram a importância da formação inicial seguida de vários dias de formação no local de uso da Lista e coaching direto. Segundo o Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis (2023) o objetivo do coaching profissional e pessoal é capacitar o cliente a atingir seu pleno potencial, tanto no trabalho quanto na vida pessoal, fornecendo suporte, orientação e recursos para ajudá-lo a navegar pelos desafios e oportunidades que enfrenta. Assim, esse profissional trabalha em conjunto com o cliente para desenvolver estratégias e planos de ação concretos para alcançar as metas estabelecidas. Isso pode incluir

identificação de oportunidades de desenvolvimento, mudanças de comportamento, construção de redes de apoio, entre outros.

O coaching em saúde é um profissional da área capaz de motivar e sensibilizar as equipes para mudanças reais no cenário de prática, sempre motivando e preparando os profissionais para utilização de uma ferramenta (Achola *et al.*, 2022). Dentre os artigos selecionados, Barnhart *et al.*, 2020; Semrau *et al.*, 2016; Kara *et al.*, 2017 utilizaram o Programa BetterBirth para implementar a lista de verificação de parto seguro da OMS nas instituições de saúde estudadas.

O Programa *BetterBirth* foi lançado em 2014 em Uttar Pradesh, na Índia, local onde registra algumas das taxas de mortalidade materna e neonatal mais elevadas do país. É um dos maiores estudos já realizados em saúde materna e neonatal, com mais de 300 mil mulheres e recém-nascidos. É também o primeiro estudo a demonstrar rigorosamente uma melhoria em larga escala e ampla nos cuidados durante o período de 48 horas do trabalho de parto e nascimento, quando as mulheres e os recém-nascidos enfrentam o maior risco de morte e complicações. Esse Programa é um ensaio controlado aleatório de pares com o objetivo de melhorar a utilização da lista de verificação de parto seguro da OMS. Esse Programa foi lançado pela Ariadne Labs que é um centro conjunto para inovação em sistemas de saúde do *Brigham and Women's Hospital* e do *Harvard T.H. Escola Chan de Saúde Pública* (Ariadne Labs, 2019).

O Programa *BetterBirth* em pormenor, possui três características principais: ferramentas de implementação por meio de uma estratégia de coaching, um caminho de implementação com lançamento da lista (Envolver-Lançar-Apoiar), e um plano de sustentabilidade para apoiar a utilização da lista.

A seguir mostra-se a ilustração do estudo do Programa *BetterBirth* lançado pelo Ariadne Labs:



Fonte: Ariadne Labs, 2019.

As ferramentas de implementação são baseadas em coaching, para motivar e capacitar as equipes assistenciais a fim de identificar, compreender e resolver as barreiras que enfrentam na utilização da lista de verificação de parto seguro da OMS com os recursos já disponíveis em cada instituição.

A utilização do Envolver-Lançar-Apoiar, que nada mais é do que uma estratégia de apoio que utiliza coaching entre pares para construir confiança entre parteiras e treinadores. O treinamento teve três objetivos principais: 1. motivar as parteiras a mudarem as suas práticas, 2. observar, registrar e compartilhar informações sobre comportamentos das parteiras em relação à unidade a fim de melhorar a qualidade do atendimento e 3. apoiar as parteiras nos seus esforços resolver problemas e superar barreiras práticas essenciais (Barnhart *et al.*, 2020).

O programa *BetterBirth* foi criado para permitir uma utilização adequada e bem-sucedida da lista de verificação na prática clínica e é baseada num modelo para facilitar a mudança que consiste em Envolvimento, Lançamento e Apoio (Semrau *et al.*, 2016).

Assim, a fase de Envolvimento do percurso de implementação do projeto *BetterBirth* se dá através da colaboração com os principais líderes e gestores do sistema de saúde de vários níveis de atenção a fim de obter apoio e subsídios para a utilização da lista. Na fase de lançamento os treinadores utilizaram um diagrama das práticas essenciais de parto da lista de verificação de parto seguro da OMS para envolver os participantes numa discussão sobre a razão pela qual cada prática é fundamental para um parto seguro (Semrau *et al.*, 2016).

A fase de apoio do ensaio *BetterBirth* em Uttar Pradesh envolveu treinadores que visitaram cada unidade de intervenção 43 vezes ao longo de oito meses (Kara *et al.*, 2017). Essa estratégia de coaching foi associada ao aumento da adesão às práticas essenciais de parto entre os atendentes do estudo *BetterBirth*, trazendo uma mudança sustentável no comportamento de quem utiliza a lista de verificação (Barnhart *et al.*, 2020).

DISPONIBILIDADE DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO

A forma como a lista de verificação da OMS é introduzida para utilização pelos prestadores de cuidados de saúde é importante. Kouroma e colaboradores (2020) trazem a necessidade de integrar a lista ao prontuário das pacientes. Nos países de Burkina Faso e Costa do Marfim, os participantes do estudo relataram a necessidade de disponibilização da lista de verificação, podendo até mesmos ser disponibilizada como um quadro grande na sala de parto, porém os autores viram que assim, a mesma não seria utilizada em outros locais da maternidade.

Num contexto em que as equipes têm a impressão de utilizar muitos protocolos e ferramentas, a lista de verificação da OMS não deve ser apresentada como uma nova ferramenta, mas sim como uma ferramenta complementar às ferramentas existentes (Kouroma *et al.*, 2020).

Outro participante da pesquisa enfatizou a importância da localização da ferramenta, devendo ser anexada aos prontuários das pacientes, a fim de haver a apropriação das informações, onde as equipes seriam obrigadas a utilizar a lista (Kouroma *et al.*, 2020).

Achola e colaboradores trouxeram que a integração da lista de verificação nos prontuários médicos ajudou significativamente na adesão e uso da mesma. Isso ajudou na continuidade dos cuidados para cada paciente (Achola *et al.*, 2022).

FEEDBACK

Segundo Achola *et al.* (2022) o Programa *BetterBirth* criou o Sistema de informação Pulse a fim de facilitar a implementação do programa e fornecer um feedback rápido através de celulares e tablets. O Pulse forneceu acesso quase em tempo real das informações sobre a utilização da lista de verificação a adesão a práticas de parto essenciais específicas. A resolução de problemas após a fase de lançamento da lista é um fator importante para Kara *et al.* (2017), como resultado das tarefas de observar-registrar-oferecer feedback, através do sistema Pulse.

Porém nem todos os locais que implementaram a lista de verificação de parto seguro da OMS tem acesso a esse sistema de informação ou tecnologias para a sua utilização. Perry *et al.*,

2017 participaram de um estudo sobre as lições da avaliação da implementação da lista de verificação numa série de contextos em todo o mundo. Foi verificado que a formação, a disponibilidade de monitorização e supervisão contínuas após os treinamentos, bem como a motivação das equipes foram consideradas chaves para o sucesso da implementação.

Barnhart *et al.* (2020) mostram a exigência de avaliação de toda a implementação, com o objetivo de identificar estratégias para desenvolver e refinar estas intervenções já em andamento para avaliar as intervenções mais complexas. Molina *et al.* (2021) trazem um quadro com as melhorias desejadas na estrutura, conteúdo e implementação da lista de verificação e dentre elas estão o coaching contínuo, a supervisão de apoio a longo prazo e a incorporar de feedback dos médicos da linha de frente.

Grupos focais foram utilizados para a realização de feedback sobre a ferramenta e o processo e identificar facilitadores e potenciais barreiras para a utilização da lista. Foi relatada a utilidade da ferramenta em momentos críticos específicos na assistência e como barreira, assim como desejo de maior treinamento em relação a lista. Também relatam a necessidade de adaptação da lista conforme o contexto utilizado e necessidade de uma linguagem mais simples (Thomas; Voss; Tarimo, 2021).

O feedback regular também foi utilizado para garantir reforço positivo e ações corretivas em tempo hábil na implementação da lista e proporcionar uma boa taxa de adesão do uso da lista. Compartilhar as informações com as equipes que utilizam a lista com regularidade encoraja o aperfeiçoamento do trabalho e motiva as equipes a continuarem utilizando a ferramenta (Tuyishime *et al.*, 2018).

DISCUSSÃO

Dentre as estratégias que mais apareceram nos artigos selecionados, identificou-se que é essencial o envolvimento da liderança na implementação de listas de segurança. De acordo Gehres *et al.*, (2022) os gestores devem ter como objetivo a consciência e o conhecimento sobre a importância e a necessidade do uso correto do checklist, a fim de garantir a segurança do paciente e da equipe cirúrgica (Brito e Lima, 2023).

Segundo Brito e Lima (2023) e Coletto *et al.* (2021) o objetivo principal da lista de verificação de baseia-se em melhorar a qualidade da assistência e certificar a segurança nos procedimentos, por meio de um padrão que possa ser aplicado mundialmente. É necessário que haja uma quebra de paradigmas de hierarquia para que a falta de comprometimento seja deixada

de lado pelas equipes, a fim de que todos reconheçam que a segurança é um critério básico que garante a qualidade da assistência ao paciente (Ferreira *et al.*, 2019).

Através do uso da lista de verificação de parto seguro é possível garantir que todos os profissionais estejam trabalhando com a mesma informação e alinhados com os objetivos e expectativas. O checklist é uma ferramenta simples, porém poderosa, para garantir a eficiência, precisão e consistência nas tarefas que precisam ser realizadas.

Em um estudo realizado em hospitais terciários de grande porte no Sri Lanka (4000 e 9000 nascimentos anuais), foi demonstrado taxas baixas de adoção da lista de verificação de 54,3% e 18,8% devido fatores como falta de pessoal, formação inadequada, curta duração da implementação e à falta de envolvimento institucional inclusive dos gestores. Assim verificasse a necessidade de uma introdução cuidadosa e de um reforço planejado (Achola *et al.*, 2022).

Perry *et al.* (2017) descrevem como crítico o envolvimento da liderança principalmente para motivar as equipes a utilizarem a lista de verificação e garantir fornecimentos adequados. A reflexão do contexto local para garantir a adaptação da lista e garantir a adesão também foi considerado útil para envolver os líderes.

A adaptação da lista de verificação para refletir as práticas culturais e institucionais locais aumenta a relevância e a aceitação por parte da equipe de saúde. Os líderes desempenham um papel crucial ao garantir que a lista seja alinhada com os valores e processos específicos da instituição.

Uma liderança eficaz envolve, inspira e motiva os membros de sua equipe. Isso pode ser feito demonstrando entusiasmo pelos objetivos a serem alcançados, reconhecendo e celebrando as conquistas da equipe e oferecendo suporte e orientação quando necessário.

Praxedes *et al.* (2017) descrevem a necessidade de engajamento da liderança para apresentar a lista de verificação para as equipes de saúde, permitindo identificar lacunas na qualidade da assistência e abordagem das causas evitáveis de dano, apoiados por um treinamento que garanta o uso contínuo e sustentável da lista. O compromisso da liderança é fundamental para a implementação eficaz de uma nova ferramenta para as equipes de saúde. Quando a liderança demonstra interesse e compromisso com a implementação da lista de verificação, ela comunica a importância da melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente para toda a equipe. Isso estabelece a direção e priorização necessárias para que a equipe dedique tempo e recursos para o uso da lista de verificação.

O engajamento da liderança na promoção de uma cultura de segurança é essencial. A liderança desempenha um papel crucial na alocação de recursos e na garantia de que a equipe

de saúde receba o treinamento necessário para usar a lista de verificação de forma eficaz. Isso inclui não apenas treinamento inicial, mas também suporte contínuo para garantir que a lista seja incorporada às práticas de trabalho diárias.

As listas de verificação favorecem a organização e a padronização dos procedimentos nas instituições hospitalares, compartilhamentos de informações entre a equipe, diminuindo os ruídos de comunicação, preparam os cuidadores para possíveis eventos indesejáveis na assistência, diminuindo o desconforto oriundo de situações inesperadas (Brito e Lima, 2023).

Os treinamentos das equipes e o acompanhamento de coachings para motivar a mudança de comportamento devem ser obrigatórios para os profissionais envolvidos intencionando a construção de nova cultura de segurança nos hospitais. É necessário a indicação de líderes dentro das equipes assistenciais que possam assegurar a aplicabilidade das listas de verificação, assim como seu acompanhamento (Perroni *et al.*, 2023).

Diversos autores definem o coaching como uma estratégia popular e bem-sucedida para mudar o desempenho dos indivíduos através de uma mudança de cultura (Barnhart *et al.*, 2020; Semrau *et al.*, 2016; Kara *et al.*, 2017). Os coachings em saúde podem ajudar a promover uma cultura de colaboração entre os membros da equipe de saúde. Isso envolve encorajar a comunicação aberta, o compartilhamento de ideias e a valorização das contribuições de cada membro da equipe.

Em um estudo realizado por enfermeiras em unidades hospitalares do Distrito Federal, foi identificada que uma das maiores barreiras para a correta aplicabilidade da lista de verificação foi a falta de treinamento das equipes, causando a não adesão dos profissionais. Os treinamentos e acompanhamentos das equipes deve ocorrer de forma a sanar as dúvidas das equipes perante a lista de verificação, através de educação permanente e capacitação continuada. Verifica-se na literatura que é indispensável a orientação e treinamento dos envolvidos nas novas prática quando houver implementação de um novo protocolo. A falta de compreensão clara sobre a importância e os benefícios da lista de verificação e a falta de capacitação para seu uso podem dificultar a implementação e adesão dos profissionais (Colleto *et al.*, 2022).

Segundo Ferreira e colaboradores (2019) em um entrevista com equipes assistenciais, 40% das falas dos sujeitos apontaram a questão cultural como um dificultador para a implantação de uma lista de verificação. Para Gehres *et al.* (2020) a equipe de enfermagem é peça fundamental na aplicabilidade das listas de verificação, porém, a falta de preparo e de

treinamentos assim como não possuir o conhecimento acerca do instrumento, compromete sua utilização.

Ferreira e colaboradores, em 2019, buscaram compreender o conhecimento e práticas dos técnicos de enfermagem que atuam como circulantes nas salas de cirurgia sobre cirurgia segura e a aplicação do checklist em um hospital de ensino no Brasil. Assim, verificou-se que os técnicos de enfermagem possuíam um conceito básico de cirurgia segura, importando-se com a limpeza do ambiente, a disponibilidade de materiais e a esterilização dos instrumentais, porém esquecendo medidas importantes como a comunicação eficaz entre os profissionais, avaliação das perdas sanguíneas, contagem de compressas e instrumentais por exemplo. O estudo evidenciou que os técnicos de enfermagem demonstraram não ter conhecimentos científicos sobre os aspectos que envolvem a segurança cirúrgica (Ferreira *et al.*, 2019).

O acompanhamento e avaliação do processo através de Feedback é uma etapa importante para a continuidade da utilização da lista de verificação assim como permite o aprimoramento da ferramenta. Perroni *et al.* (2023) orientam a criação de um canal de comunicação eficaz, que permita receber opiniões e impressões sobre a lista de verificação e a sua aplicação na assistência. A realização de auditorias em prontuários deve ocorrer com o objetivo de verificar a adesão das equipes para a utilização da lista.

Feedbacks também são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da equipe, bem como para o aumento da produtividade e do engajamento. No entanto, dar feedback de forma eficaz é uma habilidade crucial que os líderes e gestores precisam dominar para garantir que os resultados sejam positivos e construtivos.

Praxedes *et al.* (2017) apontam para a necessidade de realizar as ações de implementação com monitoramento das intervenções e das mudanças de práticas. Segundo os autores o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança nos serviços de saúde deve envolver todas as equipes assistenciais, assim, é necessária a criação de um compromisso com a qualidade por todos os responsáveis pelo cuidado. Por esse motivo, as estratégias de implementação são contínuas, deve haver treinamentos e capacitações constantes dos profissionais envolvidos com a mudança. A reflexão do contexto local não é um evento único, mas sim um processo contínuo. Os líderes devem estar abertos a feedbacks da equipe e a mudanças nas práticas e necessidades locais, garantindo que a lista de verificação permaneça relevante e eficaz ao longo do tempo.

Os profissionais devem entender sobre a importância da utilização da lista de verificação, com vistas a garantir a segurança do paciente, e os treinamentos e feedbacks com

as equipes permitem desenvolver práticas e obter monitoramento contínuo para um cuidado amplo e seguro (Brito e Lima, 2023).

As limitações deste estudo podem estar relacionadas às fontes de dados, onde os dados coletados podem não representar toda a diversidade de contextos e realidades, à qualidade e confiabilidade dos dados, ao tamanho da amostra, à restrição das buscas nos idiomas inglês, português e espanhol assim como a não consulta de literaturas cinzentas, como teses e dissertações.

CONCLUSÃO

A lista de verificação de parto seguro da OMS auxilia as equipes que prestam cuidados a desempenharem uma assistência segura e com qualidade, a fim de guiar de forma sistematizada a assistência, proporcionando a verificação de itens essenciais nos momentos críticos durante o nascimento. A lista da OMS apresenta um conjunto de práticas essenciais que, comprovadamente, reduzem os danos possíveis para mães e recém-nascidos e permite aos profissionais da assistência seguir uma sequência de cuidados que evitam erros, garantindo um atendimento de qualidade para o binômio mãe-bebê.

As experiências das equipes que utilizam a lista de verificação e das equipes de implementação numa série de contextos, desde países de rendimento elevado até países de baixo rendimento, realçam a necessidade de envolver a liderança local e os gestores dos diversos níveis de atenção à saúde para identificar lacunas no atendimento e mitigar a necessidade de mudança, o treinamento das equipes que prestam assistência ao binômio de forma a criarem uma cultura de segurança do paciente e se sentirem motivados a realizarem uma assistência segura e com qualidade, a necessidade de disponibilização da lista de forma prática, como uma ferramenta que auxilie as equipes a prestarem a assistência e a realização de feedbacks contínuos com as equipes, mostrando os indicadores dos locais e motivando a utilização da lista.

Os coachings em saúde podem colaborar com as equipes para identificar desafios e oportunidades de melhoria nos processos de atendimento ao paciente. Eles podem ajudar a identificar áreas onde as equipes podem se beneficiar de treinamento adicional, desenvolvimento de habilidades ou mudanças nos procedimentos e protocolos.

O reconhecimento da importância da utilização da lista de verificação é primordial pelos prestadores de serviços a fim de mudar as práticas dos profissionais e das unidades de saúde

para melhor, assim como criar melhorias e conhecimentos em todo o sistema acerca da segurança nas maternidades. Essas mudanças podem, por sua vez, levar a uma melhor qualidade dos cuidados para as mães e os recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

ACHOLA, Kevin Abidha; KAJJO, Darius; SANTOS, Nicole; BUTRICK, Elizabeth; OTARE, Christopher; MUBIRI, Paul; NAMAZZI, Gertrude; MERAI, Rikita; OTIENO, Phelgona; WAISWA, Peter. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist modified for preterm birth: lessons learned and experiences from kenya and uganda. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 294-300, 3 mar. 2022. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07650-x>. Acesso em: 03 mai. 2023.

ARIADNE LABS. **The BetterBirth Study** (November 2014-December 2017): Global Strategies to End the Preventable Deaths of Women & Newborns in Childbirth. Ariadne Labs, 2019. Disponível em: www.ariadnelabs.org/betterbirth-report. Acesso em: 01 nov. 2023.

BARNHART, Dale A.; SEMRAU, Katherine E. A.; ZIGLER, Corwin M.; MOLINA, Rose L.; DELANEY, Megan Marx; HIRSCHHORN, Lisa R.; SPIEGELMAN, Donna. Optimizing the development and evaluation of complex interventions: lessons learned from the betterbirth program and associated trial. **Implementation Science Communications**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-9, 25 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s43058-020-00014-8>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BARNHART, Dale A.; SPIEGELMAN, Donna; ZIGLER, Corwin M.; KARA, Nabihah; DELANEY, Megan Marx; KALITA, Tapan; MAJI, Pinki; HIRSCHHORN, Lisa R.; SEMRAU, Katherine E. A.. Coaching Intensity, Adherence to Essential Birth Practices, and Health Outcomes in the Better Birth Trial in Uttar Pradesh, India. **Global Health: Science and Practice**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 38-54, 3 mar. 2020. Johns Hopkins School Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-19-00317>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BRASIL. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRITO, Wilker Sucupira Ferro; LIMA, Ronaldo Nunes. APLICAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM CENTRO CIRÚRGICO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 1369-1383, 2023. Disponível em: doi.org/10.51891/rease.v9i7.10714. Acesso em: 12 out. 2023.

BUGES, Naiana Mota; COELHO, Juliana Rodrigues; SILVA, Natália Batista de Araújo. FATORES EVITÁVEIS PARA MORTALIDADE NEONATAL: uma revisão narrativa da literatura. **Amazônia Science And Health**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 2-14, 31 mar. 2020.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p2-14>. Acesso em: 12 out. 2023.

COLETTTO, Priscila Miranda Carvalho et al. CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 14, p. 641-658, 2021. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/344/302>. Acesso em: 15 out. 2023.

FERREIRA, Rosilene Alves et al. Fatores intervenientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1592>. Acesso em: 15 out. 2023.

FIGUEIREDO, Livia Carolina Andrade; AGUIAR, Fernanda Braz; CARDOSO, Débora Oliveira; CASTRO, Frederico Bregunci de; ALMEIDA, Luiz Fernando de; CUNHA, Anna Karolyna Rodrigues; LARA, Bárbara Marques de Castro; SOUZA, Gilberto de; MITA, Larissa; MELO, Saulo Nascimento de. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Espírito Santo durante o período de 2014 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 1-9, 23 fev. 2021. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e6296.2021>. Acesso em: 15 out. 2023.

FERREIRA, Núbia Conceição Santos et al. Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>. Acesso em: 05 nov. 2023.

GANONG L. H.. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, 10(1), 1–1, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Acesso em: 08 nov. 2023.

GEHRES, Alice Roos Dias; CREMONESE, Luiza; SCHUH, Laísa Xavier. Implantação e adesão do checklist de cirurgia segura em instituições hospitalares: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e97985093-e97985093, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5093/4543>. Acesso em: 02 nov. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. ODS - Metas nacionais dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: proposta de pactuação, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

KARA, Nabihah; FIRESTONE, Rebecca; KALITA, Tapan; A GAWANDE, Atul; KUMAR, Vishwajeet; KODKANY, Bhala; SAURASTRI, Rajiv; SINGH, Vinay Pratap; MAJI, Pinki; KARLAGE, Ami. The BetterBirth Program: pursuing effective adoption and sustained use of the who safe childbirth checklist through coaching-based implementation in uttar pradesh, india. **Global Health: Science and Practice**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 232-243, 27 jun. 2017. Johns Hopkins School Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-16-00411>. Acesso em: 15 out. 2023.

KOUROUMA, Kadidiatou Raissa; YAMÉOGO, Wambi Maurice Evariste; DOUKOURÉ, Daouda; YACÉ, Marie Laurette Agbré; KAMELAN, Akoua Tano; COULIBALY-KONÉ, Soltié Aminata; MILLOGO, Tiéba; KOUANDA, Séni. Feasibility study on the adoption of the WHO safe childbirth checklist by front-line healthcare providers and managers in Burkina Faso and Côte d'Ivoire. **Pilot And Feasibility Studies**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1-11, 6 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-020-00691-1>. Acesso em: 16 out. 2023.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. [Edição]. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2023.

MOLINA, Rose L.; BENSKI, Anne-Caroline; BOBANSKI, Lauren; TULLER, Danielle E.; SEMRAU, Katherine E. A.. Adaptation and implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist around the world. **Implementation Science Communications**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-9, 8 jul. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s43058-021-00176-z>. Acesso em: 19 out. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO *Safe Childbirth Checklist*. Implementation Guide. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jun. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

PEDRONI, Vitoria Sandri; GOUVEIA, Helga Geremia; VIEIRA, Leticia Becker; WEGNER, Wiliam; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; SANTOS, Maxuel Cruz dos; CARLOTTO, Franciela Delazeri. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, n. , p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>. Acesso em: 27 out. 2022.

PERRY, Wrg; NEJAD, S Bagheri; TUOMISTO, K; KARA, N; ROOS, N; DILIP, Tr; HIRSCHHORN, Lr; LARIZGOITIA, I; SEMRAU, K; MATHAI, M. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. **Bmj Global Health**, [S.L.], v. 2, n. 3, p. 000241-000241, ago. 2017. BMJ. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000241>. Acesso em: 27 out. 2022.

PERRONI, Adriana Guimarães et al. Aprimoramento do protocolo de cirurgia segura no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Atenção Primária em Saúde e os desafios para a formação Lato Sensu e Qualificação Profissional**, p. 101. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/58142/LivroAPS.pdf?sequence=2#page=102>. Acesso em: 15 out. 2023.

PRAXEDES, Adriana de Oliveira; ARRAIS, Luciana; ARAËJO, Maria Augusta Azevedo de; SILVA, Edna Marta Mendes da; GAMA, Zenewton André da Silva; FREITAS, Marise Reis

de. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 1-14, 6 nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00034516>. Acesso em: 18 out. 2023.

SEMRAU, Katherine E. A.; HIRSCHHORN, Lisa R.; KODKANY, Bhala; SPECTOR, Jonathan M.; TULLER, Danielle E.; KING, Gary; LIPSITZ, Stuart; SHARMA, Narender; SINGH, Vinay Pratap; KUMAR, Bharath. Effectiveness of the WHO Safe Childbirth Checklist program in reducing severe maternal, fetal, and newborn harm in Uttar Pradesh, India: study protocol for a matched-pair, cluster-randomized controlled trial. **Trials**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-6, dez. 2016. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1673-x>. Acesso em: 18 out. 2023.

THOMAS, Joycelyn; VOSS, Joachim; TARIMO, Edith. Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the who safe childbirth checklist tool in a tanzania regional hospital. **African Health Sciences**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 44-50, 23 maio 2021. African Journals Online (AJOL). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v21i1.8s>. Acesso em: 17 out. 2023.

THOMÉ, Alba Regina Cartaxo Sampaio; BERNARDO, Thaís Honório Lins. Elementos que integram listas de verificação para cirurgia cardíaca segura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 23711124795-23711124795, 5 jan. 2022. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24795>. Acesso em: 18 abril 2023.

TUYISHIME, Eugene; PARK, Paul H.; ROULEAU, Dominique; LIVINGSTON, Patricia; BANGUTI, Paulin Ruhato; WONG, Rex. Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre- and post-intervention study. **Maternal Health, Neonatology And Perinatology**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-9, 4 abr. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s40748-018-0075-3>. Acesso em: 18 mai. 2023.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de facebook? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 7, p. 1-12, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt277421>. Acesso em: 22 mai. 2023.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, 52(5), 546–553. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 22 dez. 2023.

5.2 MANUSCRITO 2: ADAPTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE

RESUMO

Objetivo: Implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa de intervenção, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação, desenvolvida de forma coletiva com um grupo de trabalho multidisciplinar da maternidade e o Núcleo de Segurança do Paciente de um Hospital Universitário, no período de junho de 2022 a outubro de 2023. Realizada uma revisão integrativa da literatura para identificar estratégias de implementação da lista em maternidades. Após foi realizado um grupo focal com os membros do grupo de trabalho a fim de fornecer subsídios para a criação de um plano de ação para a implementação da lista de verificação. Foram realizadas quatro reuniões do grupo de trabalho para a adaptação da lista conforme a rotina da maternidade e protocolos institucionais. Com o resultado do grupo focal foi elaborado um plano de ação para implementação da lista e colocado em prática a utilização da lista por toda a maternidade. O tratamento dos dados foi através da Análise de Conteúdo de Bardin com auxílio do software Iramutec. **Resultados:** A Lista de Nascimento seguro foi implementada na prática e partir dos dados do estudo emergiram seis categorias: i) Principais agravos na assistência à mulher e recém-nascido; ii) Situações que podem gerar eventos adversos na assistência; iii) Eventos adversos no Centro Obstétrico; iv) Segurança do paciente; v) Importância da Lista de Verificação de Nascimento Seguro; e vi) Estratégias para implementar a Lista de Verificação de Nascimento Seguro. **Considerações finais:** A utilização da lista de verificação de parto seguro permite organizar os processos e auxiliar as equipes que prestam assistência a evitarem danos. As estratégias para a implementação da lista de verificação de parto seguro devem vir ao encontro da melhoria da assistência ao parto e garantir a qualidade dos serviços de saúde.

Descritores: Lista de verificação; Qualidade da assistência à saúde; Serviços de saúde materno-infantil; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação dos profissionais da saúde e alvo dos gestores devido a repercussão que suas consequências podem ocasionar na qualidade da assistência à saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é entendida como o ato de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Muitos países já reconheceram a importância de criar estratégias que visem a segurança do paciente, com o intuito de avaliar a qualidade da assistência prestada (Aguiar; Silva, 2021).

Dados oficiais de 2020 registraram 2.730.145 nascimentos por ano no Brasil onde quase seis milhões de pacientes (binômio mulher e recém-nascido) necessitam de assistência (Brasil, 2022). Devido esse alto número de pacientes, o risco de ocorrer eventos adversos durante o processo assistencial é forte, sendo necessário que a segurança do paciente atinja também o

contexto materno infantil, evitando que ocorra o maior evento adverso de todos na área materno-infantil: a mortalidade materna (Pedroni *et al.*, 2020).

A mortalidade materna é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É um indicador importante de saúde da mulher assim como, do nível de saúde da população geral, além de fundamentar os programas e ações de atenção à saúde. Tendo em vista esse problema, os serviços de saúde vêm aprimorando, nas últimas décadas, seus processos de trabalho, com a instauração de protocolos de segurança visando reduzir essas mortes (Brasil, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021).

O aumento significativo na taxa de mortalidade materna no Brasil, conforme relatado pelo Observatório Obstétrico Brasileiro, é uma preocupação séria que merece atenção e ação por parte das autoridades de saúde e da sociedade em geral (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2022). O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde é uma ferramenta crucial para monitorar e entender as tendências de mortalidade materna e identificar áreas onde intervenções podem ser necessárias para melhorar os resultados de saúde das gestantes e parturientes. No entanto, o registro no nesse sistema pode ser subutilizado, o que significa que os dados disponíveis podem não capturar totalmente a extensão do problema da mortalidade materna. Isso pode ocorrer por várias razões, incluindo subnotificação de casos, falhas no preenchimento dos formulários de registro ou falta de padronização nos procedimentos de coleta de dados (OPAS, 2018).

A questão da medicalização excessiva do parto e do nascimento é um problema global que afeta muitos sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo o Brasil. Embora as intervenções médicas sejam necessárias em certos casos de complicações durante o parto, é importante reconhecer que a maioria dos partos é um processo fisiológico natural que pode não requerer intervenções médicas (OPAS, 2018).

O modelo biomédico de atenção ao parto, que tende a considerar todas as gestações como patológicas e a medicalizar o processo de parto, pode levar a intervenções desnecessárias, aumentando os riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido, bem como contribuindo para a insatisfação das mulheres com a experiência do parto (OPAS, 2018).

As práticas de atenção ao parto baseadas em evidências científicas, direitos e humanização enfatizam a importância de respeitar os processos fisiológicos do parto, garantir a autonomia e o respeito à mulher, e promover um ambiente de apoio emocional durante o trabalho de parto e o parto. No Brasil, como em muitos outros países, há uma necessidade urgente de promover uma mudança de paradigma na atenção ao parto e ao nascimento. Essa

mudança pode ajudar a reduzir as taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil e melhorar a experiência do parto para as mulheres e suas famílias (OPAS, 2018).

Em 2015 a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a nível mundial os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para abordar uma série de desafios globais, desde a pobreza até a mudança climática. O objetivo 3, em particular, concentra-se na saúde e no bem-estar, e inclui metas ambiciosas para reduzir a mortalidade materna e neonatal, bem como a mortalidade de crianças menores de 5 anos. A meta específica para a mortalidade materna é reduzir a taxa global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Isso significa garantir que as mães em todo o mundo tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade antes, durante e após o parto, para reduzir complicações e mortes relacionadas à gravidez e ao parto (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018).

Para alcançar essas metas até 2030, os países precisam adotar uma abordagem abrangente que envolva investimentos em sistemas de saúde robustos, educação em saúde para mães e famílias, acesso a serviços de planejamento familiar, melhoria da nutrição materna e infantil, e uma série de outras medidas. Além disso, é fundamental abordar as disparidades socioeconômicas e de acesso à saúde que muitas vezes contribuem para altas taxas de mortalidade materna e neonatal em certas regiões e populações marginalizadas (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018).

Diversas políticas públicas de saúde e órgãos internacionais recomendam que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas, na garantia de direitos e humanização, devido ao fato de que o parto é um evento fisiológico que na maioria das vezes não necessita de intervenções e sim de cuidados. Porém, diversos sistemas de saúde ocidentais ainda apresentam o modelo biomédico de atenção, com práticas intervencionistas, onde o nascimento é entendido como uma prática médica, onde todas as gestações são patológicas e um evento arriscado à saúde da mulher e recém-nascido. O Brasil ainda possui práticas clínicas resistentes a mudança para a medicina baseada em evidências, com 98% dos partos realizados em hospitais e mesmo assim persistindo as taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil (OPAS, 2018).

A recomendação da implementação de instrumentos de avaliação da qualidade assistencial, especialmente focados na segurança do paciente, tem sido uma preocupação crescente em sistemas de saúde em todo o mundo. A iniciativa da Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*Institute of Medicine* - IOM), desde 1999, é um exemplo crucial

desse movimento, destacando a importância de prevenir erros durante a assistência médica (Marcolin, 2015).

A lista de verificação do parto seguro lançada no Brasil pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017 é uma resposta direta a essa necessidade de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados às mulheres durante o parto. Esta lista de verificação, intitulada "*Safe Childbirth Checklist*", é projetada para melhorar a qualidade dos cuidados fornecidos em maternidades, com um foco específico na prevenção de danos graves para a mãe, o recém-nascido ou ambos (OMS, 2017).

A estrutura da lista de verificação, organizada em quatro momentos de pausa, é uma abordagem sistemática e baseada em evidências para garantir que cada aspecto crítico do cuidado durante o parto seja abordado e verificado. Cada item da lista representa uma ação crítica que os profissionais de saúde devem realizar para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê (OMS, 2017).

A implementação da lista de verificação do parto seguro pode ajudar a padronizar e melhorar a qualidade dos cuidados durante o parto, reduzindo a variabilidade na prática clínica e garantindo que nenhum aspecto crítico do cuidado seja negligenciado. Além disso, ao fornecer uma estrutura clara e sistemática para a prestação de cuidados durante o parto, a lista de verificação pode ajudar a promover uma cultura de segurança e qualidade dentro das instituições de saúde (OMS, 2017).

No entanto, é importante ressaltar que a implementação bem-sucedida da lista de verificação do parto seguro requer não apenas sua introdução, mas também o compromisso e a participação ativa dos profissionais de saúde, bem como a disponibilidade de recursos e apoio institucional para sua adoção e uso contínuo. Ressalta-se que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde depende da mudança de cultura dos profissionais e envolvimento dos gestores ligados direta e indiretamente no cuidado, alinhada à política de segurança do paciente (Paes *et al.*, 2020). Diante do exposto, este estudo busca respostas à seguinte questão de pesquisa: Como implementar a lista de verificação de parto seguro em uma maternidade de alto risco? E tem como objetivo: Adaptar e implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação, que é utilizada quando há interesse coletivo na resolução de problema (Tripp, 2005). Neste tipo de metodologia é possível estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações, negociações e conflitos que ocorrem entre os agentes durante um processo de transformação da situação (Thiollent, 1986).

O estudo foi desenvolvido na maternidade de um Hospital Universitário do Sul do país. Trata-se de uma instituição pública subordinada ao Ministério da Educação por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cujo atendimento à saúde é 100% realizado via SUS, atendendo toda população de Florianópolis, Grande Florianópolis e outros municípios de Santa Catarina (Silva, Nascimento, Salles, 2012).

O Centro Obstétrico é composto por um leito de observação, dois leitos de indução de trabalho de parto, três leitos com camas para trabalho de parto, parto e puerpério. Ainda conta com duas salas cirúrgicas, uma sala de reanimação neonatal com dois leitos e sala de recuperação anestésica com dois leitos. A equipe atuante é composta por equipe interdisciplinar formada por médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas, equipe de enfermagem, psicologia, nutricionista e assistente social. O número de nascimentos por mês é de aproximadamente 125 nascimentos por mês (dados de outubro de 2023), além de atendimentos para interrupção legal da gestação e atendimento as vítimas de violência sexual de grande parte do estado de Santa Catarina.

Cabe mencionar que a implementação da lista de verificação de parto seguro é uma necessidade também manifestada pelos gestores da instituição devido ser requisito essencial do Manual EBSERH da Qualidade, ser item obrigatório da Vigilância Sanitária Estadual e ANVISA.

Neste sentido foi instituído pela autora desse estudo um grupo de trabalho com membros da maternidade cenário do estudo com o objetivo de adaptar a lista de verificação de parto seguro da OMS para a realidade local e através de um grupo focal estabelecer subsídios para a criação de um plano de ação para a implementação da nova ferramenta no local. O grupo de trabalho foi composto por: duas enfermeiras da maternidade, uma farmacêutica do Comitê de Segurança do Paciente, enfermeira do Comitê de Segurança do Paciente, um médico obstetra atuante no Alojamento Conjunto, uma anestesista que atua no centro obstétrico e uma médica obstetra chefe do Departamento de Tocoginecologia da UFSC, totalizando sete profissionais.

Esses participantes foram convidados a participar do grupo de trabalho através de convite pela plataforma Teams, que é o meio oficial de comunicação na instituição. Como critérios de inclusão temos: ser profissional do Grupo de Trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro no HU-UFSC-EBSERH e/ou enfermeira que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico ou alojamento conjunto da referida instituição.

O estudo foi operacionalizado a partir das etapas da Pesquisa-ação, proposta no trabalho *The Dual Imperatives of Action Research* de McKay e Marshall (2001). Sendo que a primeira etapa foi o momento em que se identificou o problema através da prática assistencial, ou seja, necessidade de implementação da Lista de verificação do parto seguro.

Na segunda etapa, pesquisar na literatura – foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar quais estratégias são utilizadas para implementação da lista de verificação de parto seguro em maternidades.

A terceira etapa é planejar atividades para solução do problema. Nesta etapa foi desenvolvido um grupo focal (Souza *et al.*, 2019), em março de 2023, com os profissionais que compõe o grupo de trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro da Instituição. O objetivo do grupo focal foi discutir sobre a segurança dos pacientes e as ações necessárias para a implementação da lista de parto seguro na maternidade. Houve um moderador (a própria autora) assim como um apoio, atuando oportunamente, como segundo moderador (acadêmica de enfermagem). No início do encontro, a moderadora orientou a operacionalização, as etapas a serem percorridas e os objetivos propostos. Ela também introduziu a temática e algumas questões para aprofundá-la, e permitiu que todos os participantes analisassem três artigos jornalísticos que falavam sobre erros de medicação, esquecimento de gaze dentro do abdome durante uma cesárea e troca de bebês em uma maternidade, todos referente a realidade brasileira, e expusessem suas percepções. Em alguns momentos, precisou intervir para manter e/ou retomar o foco das discussões e promover as trocas de saberes em todo o grupo.

O observador do estudo controlou o tempo do encontro, auxiliou na organização, monitorou os gravadores de áudio e além das manifestações não verbais, o observador também registrou no seu diário de campo algumas falas dos participantes, que pudessem auxiliar no momento da transcrição.

Após a discussão inicial sobre os erros durante a assistência em maternidades, apresentados nos artigos jornalísticos, iniciou-se a apresentação das questões norteadoras: “Para vocês, o que vêm à mente quando se fala de segurança do paciente?” “Quais os principais agravos

na saúde da mulher e do recém-nascido na assistência dentro da maternidade causados pelos profissionais?” Também foi perguntado se os participantes do grupo sabiam de estratégias e ferramentas que podem reduzir esses agravos na assistência?

Na sequência dessas reflexões acerca das questões, foi apresentada a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde e apontado os pontos de pausas para verificação, em cada etapa do cuidado na maternidade. Após isso foi perguntado aos participantes: “Qual a importância desses pontos de parar e verificar determinadas etapas da assistência materno-infantil? Ainda foi perguntado: Já passaram por situações que pudessem gerar eventos adversos durante a assistência? A última pergunta foi “Em relação a implementação da lista de verificação, como podemos incentivar e envolver a equipe? Que estratégias podemos utilizar para implementar a lista de verificação de parto seguro na nossa maternidade?” O Grupo focal teve duração de uma hora e o áudio foi gravado a fim de permitir a coleta dos dados de forma integral.

Após este grupo focal, foram realizadas posteriormente reuniões com o objetivo de adaptar cada ponto de parada da lista de verificação. Foram um total de quatro reuniões para realizar a adaptação da lista da OMS para a realidade local. As reuniões ocorreram a cada quinze dias. Todos os encontros desta etapa ocorreram em uma sala de reuniões do Departamento de Tocoginecologia do Hospital Universitário. Cabe mencionar que a anestesista, participou apenas da reunião para inclusão de itens de verificação no pré, intra e pós-operatório em casos de cesarianas.

ADAPTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO DA OMS

Na primeira reunião foram analisados os itens da admissão da mulher na maternidade, realizado na emergência e triagem obstétrica. Todos os membros do grupo de trabalho concordaram que a lista deveria ter como título “Lista de Verificação de Nascimento Seguro” pois será utilizada tanto para partos como cirurgias na maternidade. Foram analisados todos os tópicos da lista de verificação de parto seguro da OMS a fim de identificar a necessidade de mudanças em cada momento de pausa.

Na segunda reunião foram discutidos os itens “Antes do parto” e todos os integrantes do grupo de trabalho concluíram sobre a necessidade de utilizar a mesma lista para a cesariana, assim seriam colocados itens de cirurgia segura nessa mesma ferramenta. Assim, essa lista teve como nome: “Antes do parto ou cesariana”. Essa etapa seria necessária para

avaliação da parturiente na entrada do centro obstétrico, antes do parto (ou antes da cesariana) para detectar e evitar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e preparar para eventos de rotina e possíveis situações de crise que possam ocorrer depois do parto.

Na terceira reunião de adaptação da lista da OMS, foi colocado como avaliação dos itens essenciais de segurança do paciente antes, durante e após o procedimento cirúrgico, onde são checados itens como termos de consentimento assinados, tempo de jejum, presença de adornos/próteses, alergias, administração de ocitocina intramuscular profilática, presença de sangramento aumentado, administração de uterotônicos para contenção de hemorragia pós-parto entre outros itens.

Na quarta e última reunião de adaptação da lista de verificação foram discutidos o puerpério imediato, risco de sangramento no período de Greemberg, observação do fundo uterino, sinais vitais da puérpera, assim como índice de choque, contato pele-a-pele, amamentação, monitorização dos sinais vitais do neonato. Após foram discutidos os itens necessários para a avaliação da puérpera e neonato no alojamento conjunto, como sinais vitais de ambos, amamentação, avaliação de sangramento uterino, planejamento familiar e métodos contraceptivos.

Após o processo de adaptação da lista, foi elaborado um protocolo operacional padrão para auxiliar na implementação da mesma na prática com as adaptações realizadas pelo grupo de trabalho. Após as reuniões de grupo focal e adaptação da lista foi organizado pela autora desse estudo um plano de ação para implementar a lista de verificação com dados obtidos do grupo focal.

Para a criação do plano de ação foi utilizado neste trabalho uma ferramenta da qualidade denominada 5W2H (Grosbelli, 2014). Ela gera um plano de ação para tarefas pré-estabelecidas, respondendo cada pergunta segundo Grosbelli (2014) resumiu no quadro a seguir:

- Quadro 1 – Ferramenta 5W2

5W	What	O que?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada a ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por que?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada essa ação?
	How much	Quanto custa?	Quanto custará para executar a ação?

Fonte: Grosbelli (2014, p.23).

Na sequência, a etapa 4 da pesquisa-ação, foram implementadas as atividades, ou seja, colocado em prática o plano de ação desenvolvido na etapa 3. Assim, em agosto de 2023, foi realizada reunião com os membros do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, gestores da maternidade, enfermeiras referência da triagem e emergência obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto, foi acordado a necessidade de repassar a lista de nascimento seguro e seu protocolo operacional para as enfermeiras dos setores envolvidos, a fim delas repassarem para as equipes técnicas. Também foi identificada a necessidade de a lista de verificação ser preenchida pelos técnicos de enfermagem, para não sobrecarregar ainda mais as equipes de enfermeiras da maternidade, devido ao grande número de formulários que as mesmas já têm que preencher.

A fim de facilitar a compreensão das equipes quanto a necessidade da utilização da lista de verificação de nascimento seguro, foi colocado no hall central do segundo andar, onde ficam as entradas das unidades da maternidade, um banner grande com figuras de profissionais da maternidade, com a frase “ Lista de Verificação de Nascimento Seguro - Profissional de saúde: Faça a sua parte! Utilize a lista a favor do cuidado materno e neonatal seguro”.

Combinado também que dia 04 de setembro seria o dia de início da implementação da Lista, inaugurada com uma mesa redonda com o membros do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade e gestores da maternidade, com o objetivo de tirar dúvidas e informar sobre a necessidade do uso da Lista de verificação para todas as equipes da maternidade. Esse evento foi on-line via Teams e ficou gravado para ser repassado para quem não pode assistir o evento.

Em função do tempo, a etapa 5 e 6 da pesquisa ação ocorreram de forma concomitante sendo que durante este primeiro mês de implementação a pesquisadora esteve frequentemente nas unidades e disponível para o esclarecimento de dúvidas. Assim, como estratégia do plano de ação foi marcada uma reunião de feedback com as equipes e o Núcleo de Segurança do Paciente e a Qualidade, junto aos gestores da maternidade para discutir o primeiro mês de utilização da lista, a reunião foi realizada em outubro via Teams. A fase de monitorização por meio de análise de indicadores será realizada em pesquisa posterior.

A análise dos dados foi realizada a partir da gravação dos encontros, após a transcrição dos áudios que constituirão o corpus para análise dos dados. Também foram utilizados os registros do diário de campo da pesquisadora. Os dados foram analisados segundo a proposta de Bardin (2012). Para auxiliar na organização dos dados coletados foi utilizado o software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

(Iramuteq), gratuito e de fonte aberta. O software Iramuteq possui diversas ferramentas para a análise sobre o corpus textuais, neste estudo foram utilizadas a lexicometria, a Análise Fatorial de Correspondência, a Análise da Classificação Hierárquica Descendente, a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras. A versão utilizada do pacote R foi 4.1.2 e o software Iramuteq é a 0.7 Alpha 2.

Os registros das informações do grupo focal foram efetuados por meio de gravação em aparelho eletrônico, com a devida autorização dos participantes, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com posterior transcrição desse momento. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob parecer substanciado nº 5.833.282. Nenhum participante teve seu nome exposto e foram utilizadas letras para identificar as falas dos participantes.

RESULTADOS

O plano de ação foi elaborado a partir das estratégias identificadas nos encontros e na revisão integrativa de literatura, sendo organizado em uma planilha a fim definir tarefas de modo eficaz, de maneira visual, ágil e simples. A seguir é apresentado o quadro com o plano de ação de implementação da lista de verificação de nascimento seguro na maternidade de estudo.

Quadro 2: Plano de Ação 5W2H

PLANO DE AÇÃO: Implementação da Lista de Verificação de Nascimento Seguro							
DATA PREVISÃO: A partir de 15/08/2023			DATA REALIZADA: 04 de setembro de 2023				
RESPONSÁVEL: Membros da Maternidade							
OBJETIVO: Organizar o processo de implementação							
5W					2H		Status
O quê? (What?)	Porque? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?)	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	
Reunião	Apresentação da versão final da Lista de Verificação de Nascimento Seguro e orientar a implementação;	Sala da CCIH	CCIH e membros da maternidade	15/ago	Slides e Lista	sem valor	Feito
Apresentação da Lista de Nascimento	Difundir a Lista de Verificação e novo protocolo assistencial para as equipes	EMGO Obstétrica, CO e AC	Enfermeiras Referência	04/set	Presencial	sem valor	Feito
Implementação	Colocar em prática a Lista de Verificação de Nascimento Seguro	EMGO Obstétrica, CO e AC	Enfermeiras Referência	A partir de 04/set	Avaliando a metodologia de preenchimento	sem valor	Feito
Publicidade	Estimular e lembrar os profissionais a utilizarem a Lista de Verificação	Corredor central da Maternidade	A autora da pesquisa	30/ago	Banner grande	Estimado no início	Feito
Mesa Redonda	Lançamento da Lista oficial	Via Teams	CCIH e membros da maternidade	04/set	Verificar aderência e aprimoramentos.	sem valor	Feito
Mesa Redonda	Feedback com as equipes	Via Teams	CCIH e membros da maternidade	04/out	Verificar aderência e aprimoramentos.	sem valor	Feito
Monitoramento	Observar o uso da Lista de Verificação e usar competências para realização de feedback para encorajar a mudança e motivar a adesão	EMGO Obstétrica, CO e AC	Enfermeiras Referência	A partir de 04/set	Verificar aderência e aprimoramentos.	sem valor	Fazendo

CCIH: Centro de Controle de Infecções Hospitalares;
EMGO: Emergência Obstétrica e Ginecológica;
AC: Alojamento Conjunto;
CO: Centro Obstétrico.

Fonte: A autora (2023).

A implementação do plano de ação ocorreu concomitante com a avaliação e monitoramento do plano devido o tempo escasso. Assim verificou-se alguns desafios enfrentados durante essa etapa de implantação de um novo protocolo ou ferramenta na maternidade.

A transparência e a comunicação aberta são essenciais para promover o engajamento e sustentar a adoção da nova prática ou protocolo, permitindo que haja motivação através do compartilhamento de informações. Houve algumas dificuldades na adoção em equipes com mais tempo de trabalho na maternidade, onde elas apresentaram comportamentos de questionamento e dificuldades com mudanças nas rotinas, mesmo que pequenas mudanças. Isso ocorre porque a mudança pode ser percebida como uma carga adicional de trabalho. No

entanto, foi visto que reuniões regulares e treinamentos no local de trabalho foram úteis para demonstrar a necessidade e os benefícios da nova ferramenta.

Com a implementação do novo protocolo alguns gestores mostraram resistência em participar das reuniões para a adaptação e implementação propriamente dita da lista. Isso pode afetar negativamente a motivação das equipes, pois os gestores desempenham um papel crucial na orientação e no apoio ao pessoal durante períodos de mudança. Esses pontos destacam a importância de uma abordagem abrangente para a implementação de novas práticas, incluindo comunicação eficaz, treinamento adequado e o envolvimento ativo dos gestores para garantir o sucesso e a adesão das equipes.

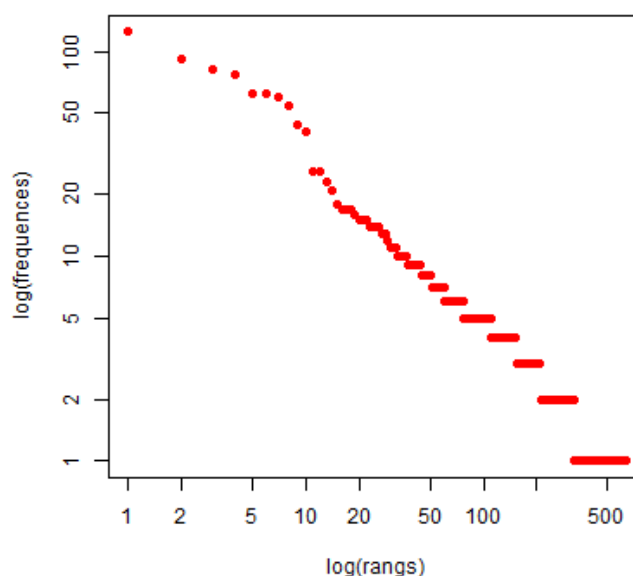
A implementação bem-sucedida de novos protocolos institucionais requer um compromisso organizacional, liderança eficaz, envolvimento dos funcionários, treinamento adequado e avaliação contínua dos resultados. Essa é uma prática crucial para garantir a segurança dos pacientes, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e otimizar a eficiência operacional.

Os dados coletados durante o grupo focal foram analisados com o auxílio do software Iramuteq e serão apresentados a partir das diferentes ferramentas utilizadas. Primeiramente foi realizada a análise através das estatísticas textuais clássicas que permite verificar o número de textos incluídos no corpus. O corpus global de análise foi constituído por 72 segmentos de texto (ST), com 2429 palavras. Os números de formas (palavras ativas e suplementares) foi de 631 e a média de ocorrência por ST foi de 423.50, sendo 308 palavras citadas somente uma única vez (coeficiente Hapax = 48,81% das ocorrências).

Foram classificados pelo software em 54 Unidades de Texto Elementar (UCE), dos 72 segmentos iniciais, ou seja, 72,97% foram aproveitados, estando dentro do valor considerado válido por Silva e Ribeiro (2021).

Ao se avaliar os dados a partir o Diagrama de Zipf, podemos observar que o eixo frequences (y) demonstra quantas vezes uma palavra e suas formas associadas aparecem, enquanto no eixo rangs (x) mostra a quantidade das mesmas (Klant; Santos, 2021).

Figura 5. Resultado da Análise de Estatísticas Textuais.



Fonte: A autora (2023).

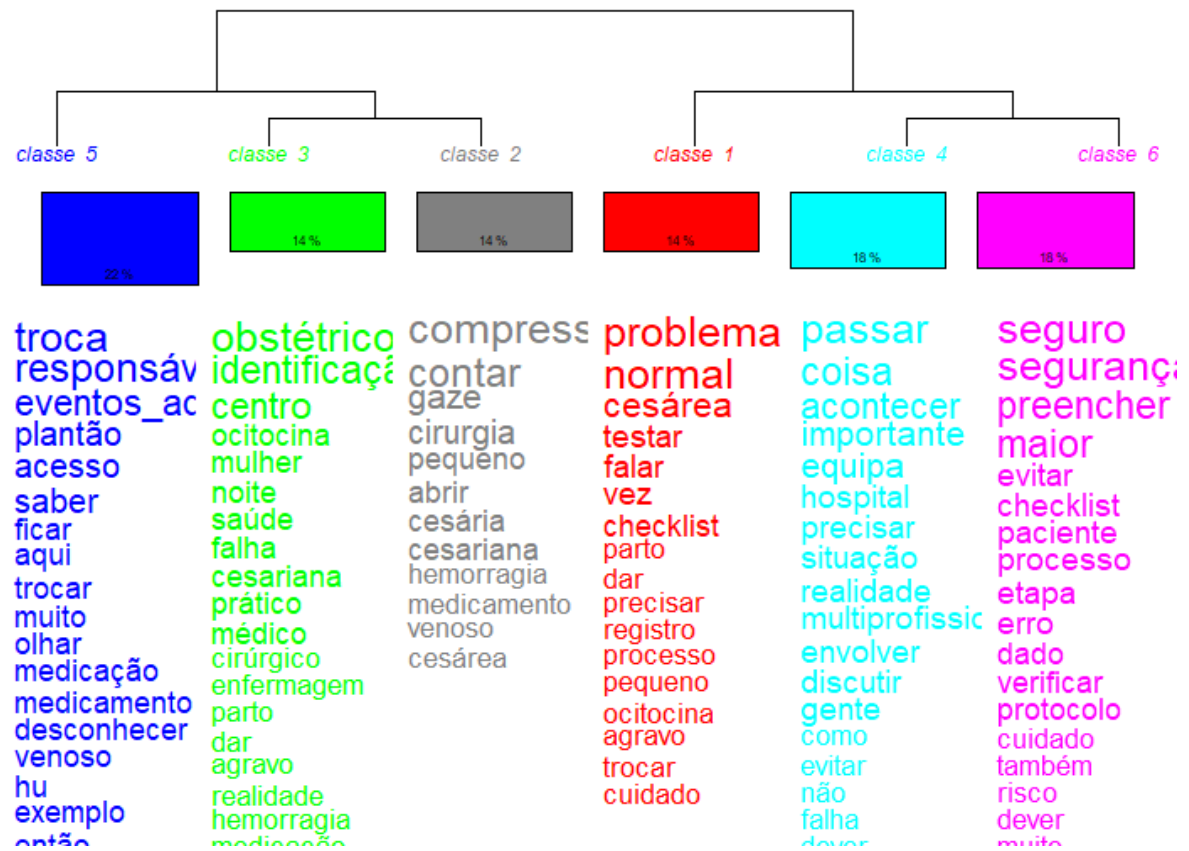
No gráfico observamos que existem muitas formas de palavras que se repetem pouco e muito poucas palavras que se repetem com maior frequência.

Foi realizada a Classificação hierárquica descendente (CHD), onde o conteúdo analisado através do corpus foi categorizado pelo software em seis classes, conforme Dendrograma da CHD. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado (χ^2). A porcentagem referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no corpus” (Camargo; Justo, 2013).

Assim, verifica-se que o corpus foi dividido em um subcorpus, a classe 5 (azul escuro) onde obteve-se 22,22% das UCE (unidades de texto elementar), essa classe está interligada por uma chave com a classes menores 3 e 2. A classe 3 (verde) tem 14% das UCE e a classe 2 (cinza) tem 14% das UCE. Outro bloco de classes foi formado pela classe menor 1 (vermelho) com 14% das UCE ligada pelas classes igualmente maiores 4 e 6, ambas com 18% das unidades de texto elementar (Camargo; Justo, 2013).

O dendrograma fornecido pelo Iramuteq, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proporciona uma visualização das palavras e as suas relações entre si, e proporciona outra forma de visualizar as relações, referente à quantidade de vezes em que as palavras são citadas nos segmentos de textos (Figura 5).

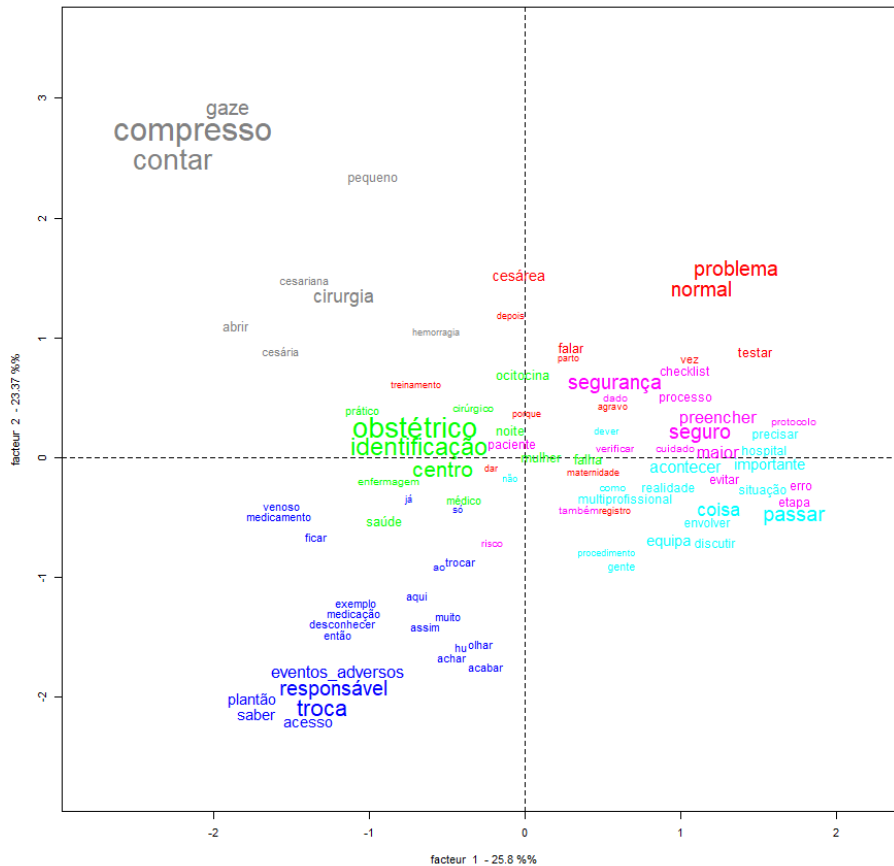
Figura 6. Dendograma da CHD vocabulário de palavras.



Fonte: Dados do Iramuteq (2023).

Ao realizar a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), observamos que as associações de dependência, ocorrem em categorias no mesmo quadrante e categorias próximas de linhas/colunas (Figura 6). Já as correspondências de independência, acontecem quando as categorias estão em quadrantes diferentes (Veraszto et al., 2018).

Figura 7. AFC das palavras de cada categoria.



Fonte: Dados do Iramuteq (2023).

Na Figura 6 estão as palavras que compõem cada uma das cinco categorias representadas por cores. Verifica-se que as palavras variam o tamanho conforme representatividade em cada categoria. Essa representação gráfica permite a visualização da sobreposição e da junção dos termos, onde existem as categorias da classe 6 (roxo) com as palavras segurança, seguro, preencher, todas do lado direito do gráfico, unindo-se com as palavras da classe 4 (azul claro) onde estão as palavras acontecer, importante, hospital, precisar, equipe, situação. Essa proximidade de palavras vista na próxima análise de CHD, mostra essas correspondências através da união das classes. A categoria 2 (cinza) com as palavras cesariana, cirurgia, hemorragia, abrir, pequeno e palavras maiores o canto, ao lado esquerdo como compressa, gaze, contar. A classe 1 (vermelho) está ao lado da classe 4 e 6, com as palavras problema, normal, registro, falar, parto mostrando certa dependência das classes entre si; A classe 3 (verde) onde encontram-se as palavras obstétrico, identificação, centro, noite, ocitocina, enfermagem, permite visualizar graficamente a dependente da categoria 2 (cinza) com a categoria 5 (azul escuro) palavras como eventos adversos, responsável, troca, acesso,

relacionado a cada palavra desse grupo vermelho. Chama-se atenção no mapa as conexões que cada ponto hierárquico articula, formando entroncamentos de palavras. A análise de similitude permite entender a estrutura de construção do texto e seus temas e relações entre si e mostra a proximidade das palavras, ou seja, forma uma árvore de palavras com ramificações a partir das suas relações nos textos (Klant; Santos, 2021).

No caso do eixo que envolve “paciente – cuidado – checklist – maior – segurança - orientar” na cor laranja, verifica-se que está ao lado, ramificado ao lado dos outros grupos de palavras como “compressa – cesárea – cirurgia - gaze”, “parto – mulher - assistência”, assim é possível inferir a estrutura da construção do texto e dos temas relativos à importância de como eles se relacionam.

Por fim, foi elaborada a Nuvem de Palavras, uma análise lexical simples, onde foram usadas as formas ativas com mais frequência no grupo focal. Assim, considera-se que as palavras com fonte maiores se tornam as mais relevantes porque foram utilizadas mais vezes no corpus (Klant; Santos, 2021).

A primeira análise a ser feita é a de que palavras maiores são aquelas que mais apareceram nesse conjunto total de textos. As palavras apresentam-se em dois grandes planos de destaque na figura: as palavras em primeiro plano, ou seja, as maiores como não, e ao redor dela as palavras paciente, equipe compressa, checklist, contar, acontecer, e as palavras, também em destaque, mas menores, em segundo plano (cirurgia, enfermagem, precisar, hospital, cuidado). Conforme é possível identificar na Nuvem de Palavras, as palavras em primeiro plano estão muito próximas no campo semântico em análise, já que “compressa, checklist, contar, acontecer,” estão relacionadas com a palavra “não”, não “contar compressas, não acontecer, não dar”, que foram as palavras mais utilizadas no grupo focal.

Esta primeira análise, realizada a partir da Nuvem de Palavras, é extremamente importante para auxiliar o pesquisador a realizar o movimento de compreensão de quais são as temáticas presentes no conjunto de dados levantados no grupo focal, principalmente porque ele precisa observar os diferentes planos presentes na figura e retomar a transcrição das entrevistas realizadas. Ao mesmo tempo, auxilia o leitor a compreender os resultados apresentados, a partir dessa narrativa inicial, em que é construída a análise.

Figura 9. Nuvem de Palavras.



Fonte: Iramuteq (2023).

No início do grupo focal, através de um roteiro pré-estabelecido foram formadas pela autora seis classes intermediárias de temas para realização do grupo focal: Segurança do paciente, principais agravos na assistência à mulher e recém-nascido, ferramentas para reduzir os agravos na assistência à mulher e recém-nascido, situações que podem gerar eventos adversos na assistência e importância dos pontos de parada na Lista de verificação de nascimento seguro e estratégias para implementar a Lista de verificação de nascimento seguro. Frente às interpretações para as associações entre as classes intermediárias é possível perceber a formação de dois conjuntos de categorias com a análise do Iramuteq:

- ✓ Conjunto 1: A união das classes 5 (Principais agravos na assistência à mulher e recém-nascido) unidos pelas classes 2 (Eventos adversos no Centro Obstétrico) e classe 3 (Situações que podem gerar eventos adversos na assistência).
- ✓ Conjunto 2: A união da classe 1 (Estratégias para implementar a Lista de Verificação de Nascimento Seguro) com as classes 4 (Segurança do paciente) e classe 6 (Importância da Lista de Verificação de Nascimento Seguro).

Dessa forma, os títulos das seis categorias foram gerados, a partir da interpretação dos significados e suas principais falas:

(1) Estratégias para implementar a Lista de Verificação de Nascimento Seguro (categoria 1): O participante C aponta: *“Reuniões multiprofissionais, checklist, treinamento contínuo”*, o participante E complementa: *“Feedback... as pessoas que atendem esses agravos não acabam sabendo que teve participação, que participou de uma cadeia de eventos que trouxe algum dano ao paciente, ela precisa ser avisada...”* o participante E complementa: *“Feedback... as pessoas que atendem esses agravos não acabam sabendo que teve participação, que participou de uma cadeia de eventos que trouxe algum dano ao paciente, ela precisa ser avisada... o que aconteceu, onde houve uma falha naquele buraco dos queijos que vocês gostam né. Onde ficou o caminho por onde essa pessoa passou, onde todos nós que cuidamos dela não conseguimos evitar esse agravo, não como forma de punição, mas de feedback”*. O participante D traz o compartilhamento do processo do cuidado com o próprio paciente como forma de evitar erros na assistência *“A questão de dar voz ao paciente, dar voz as pessoas que estão sendo atendidas pelos profissionais de saúde. Isso é muito importante porque também ajuda no sentido da segurança do paciente, e uma das barreiras também para evitar o erro, conversar, orientar, participar do processo de cuidado.”* O participante B relata também que o feedback ajuda a não repetir os erros já cometidos *“Para ter que aprender com a situação e pra que não volte a acontecer”*.

(2) Eventos adversos no Centro Obstétrico (categoria 2): Sobre eventos adversos durante as cesarianas C traz: *“Uma cesárea é um litro de sangue que se perde, você precisa de compressa para secar, e eu via gazes do lado, porque elas já deixam as gazes prontinhas para o curativo. Numa emergência dessa, vai me dar uma compressa e vai vir uma gaze junto. Uma gaze molhada em sangue, vira um nozinho que eu nem vejo, se cai ali na cavidade abdominal não sei o que vai acontecer...”*

(3) Situações que podem gerar eventos adversos na assistência (categoria 3): O participante D comenta: *“risco de queda durante o parto. Falha na identificação também, às vezes da própria mãe, devido a urgência do trabalho de parto em uma cesariana, uma falha na identificação da mãe. A própria violência obstétrica, entendo que seja um tipo de agravo, não só das gestantes, mas da mulher em geral.”* Também foi citado *“...a questão do toque né, de fazer múltiplos toques com a luva inadequada... eu vi não dar sulfato e antibiótico em paciente que não precisa e não dar sulfato e antibiótico em paciente que precisa”*. Ainda *“a transferência, não dar as condições adequadas para a transferência, eu falo condição adequada, não tem um berço*

adequado, não ter uma ambulância adequada.”, “as transferências noturnas né, que acredito que seja um risco maior...”

(4) Segurança do paciente (categoria 4); O participante A comentou *“O tamanho do risco que as pessoas ficam expostas, a gente não tem ideia da proporção que pode levar em um simples acesso venoso por exemplo, que não é simples né?”* o participante F continuou *“o quanto os hospitais estão inseguros, às vezes os profissionais não se dão conta da necessidade das barreiras que precisam para que isso não chegue num evento adverso grave”*. Continuou *“Acho que o excesso de intervenções leva a vários agravos, quando a gente faz ocitocina sem necessidade, quando a gente faz cesárea sem necessidade, episiotomia sem necessidade. Isso leva a um sério de aumento de chances de complicações, que o profissional deveria estar ciente do que o que ele está fazendo pode causar, mesmo que seja raro.”*

(5) Principais agravos na assistência à mulher e recém-nascido (categoria 5) onde o participante A fala: *“...eu vejo assim, a hemorragia pós-parto como uma possível intercorrência de induções, intervenções. As trocas de bebês têm bastante na mídia de antigamente né, mas olha só esse aqui recente. As cirurgias eu também vejo como um risco gigante e agora tem a exposição a analgesia, a exposição à cirurgia por solicitação materna e os próprios pacientes têm pouca clareza também né das possíveis complicações, elas só querem fugir da dor do trabalho de parto e não pensam nada assim, do que pode ser o pós-parto de uma cirurgia. E aí não é só o profissional né, é toda a população em geral.”*

(6) Importância da Lista de Verificação de Nascimento Seguro (categoria 6); O participante A fala sobre as pausas para a checagem: *“A transição do cuidado né, a próxima etapa pra ver se está completamente correto”*, e o participante B complementa: *“Os pontos mais críticos né, você parando nesse ponto você consegue antecipar algumas situações né, que poderiam fazer com que o próximo passo dê muito errado.”*

Estas diferentes formas de análise permitiram compreender como se deu a experiência de participação coletiva da equipe de saúde na implementação da Lista de nascimento seguro na instituição investigada.

DISCUSSÃO

Diversos fatores são responsáveis por promover a cultura da segurança dos pacientes em maternidades, dentre eles o trabalho em equipe, uma comunicação aberta e efetiva, feedbacks, respostas não punitivas a erros e percepção comum das equipes sobre segurança.

Essa cultura de segurança tem como objetivo comum reduzir os erros obstétricos, e assim, é importante avaliar as fragilidades e pontos que devem ser melhorados nos serviços de saúde. Essa avaliação é o ponto inicial para a busca de melhorias na qualidade e na segurança durante a assistência, e possibilita fornecer informações importantes para os gestores que poderão subsidiar a tomada de decisões nesta área (Barillas *et al.*, 2021).

Lundsberg *et al.* (2018) identificaram a escassez de pesquisas sobre segurança do paciente em maternidades, como a ausência do uso de práticas baseadas em evidências, ausência ou deficiência de práticas simuladas em emergências obstétricas, irregularidades nas revisões dos casos de morbidade ou mortalidade, poucos protocolos e/ou falta de auditoria dos casos de parada de progressão do parto e frequência cardíaca fetal anormal. Algumas pesquisas nacionais em hospitais gerais e de ensino, com enfoque na equipe de enfermagem, encontraram resultados ineptos no que diz respeito ao clima de segurança do paciente e comunicação hierarquizada, assim como problemas na supervisão e liderança gerencial, dificuldade dos profissionais em admitir a possibilidade de erros por temerem punições (Nicácio *et al.*, 2020; Schwonke *et al.*, 2016).

Observa-se nas discussões do grupo de trabalho que a segurança do paciente está relacionada com o cuidado, é importante e deve ser feito por todos da equipe, inclusive a equipe multiprofissional, deve envolver todos inclusive o próprio paciente e acompanhante. Há a necessidade de avaliar os riscos que a assistência prestada pelos profissionais dentro das instituições de saúde pode gerar, indo ao encontro à importância de parar e verificar cada cuidado prestado, a fim de evitar erros. O grupo trouxe à discussão a necessidade de avaliar a assistência, do procedimento simples ao mais complexo, porque ambos podem gerar uma intercorrência ao paciente.

A participação efetiva da paciente e seu acompanhante na maternidade também foi outro ponto citado como uma estratégia para evitar as ocorrências de eventos adversos. O envolvimento do paciente e seus familiares no cuidado permite compartilhar as responsabilidades na assistência. Segundo Baggio *et al.* (2022), quando os pacientes e seus familiares são ouvidos e recebem instruções dos profissionais de saúde, deixam de ser passivos aos cuidados e passam a ser coparticipantes na prevenção de falhas e danos, contribuindo para um cuidado mais seguro.

Devemos transformar os ambientes de trabalho para promover a cultura da segurança e encorajar as notificações dos eventos adversos como lições de segurança para promover o planejamento da gestão de riscos e práticas seguras. Identifica-se nas discussões do grupo focal

que a tradicional 'cultura de culpar o funcionário' ainda é dominante nos cuidados de saúde e dificulta a oportunidade de aprender com os erros.

Segundo Sanchis *et al.* (2020), sistemas de saúde designados como seguros são fundamentados em protocolos que contém mecanismos de gestão de risco e diminuição dos riscos que eventualmente ocorrem nas organizações. Desta forma, verifica-se que a atividade de diversos níveis hierárquicos atuando em conjunto com o objetivo de buscar estratégias que visem a prevenção ou atenuar os riscos torna as organizações de saúde mais seguras. Para que uma instituição de saúde se torne confiável devem ocorrer três mudanças: o envolvimento da liderança para trabalhar em conjunto com outros níveis hierárquicos a fim de priorizar a segurança do paciente; o desenvolvimento da cultura do paciente para que todos das equipes tenham consciência e responsabilidade por sua assistência; e por último a melhoria dos processos através da utilização de ferramentas da qualidade que desenvolvam a melhoria contínua (Sanchis *et al.*, 2020).

Quando a cultura do paciente é disseminada nas instituições hospitalares, os profissionais de saúde se responsabilizam pelos cuidados prestados, a comunicação se torna assertiva e sem ruídos principalmente com os pacientes. Diversos fatores podem interferir na assistência e influenciar na segurança do paciente, dentre esses podemos citar os fatores organizacionais e de gestão da instituição hospitalar, aspectos individuais dos profissionais e da equipe multiprofissional, ambiente de trabalho, particularidades do paciente e a grande demanda de tarefas (Resende *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é necessário avaliar a efetividade e a segurança da assistência, onde muitas vezes, ocorrem demasiadas intervenções (*overuse*), cuidados adequados que não são prestados (*underuse*) e 'uso indevido' (*misuse*) (Lemos, 2022).

Para os cuidados obstétricos o *overuse* é identificado nas discussões do grupo de trabalho a partir de intervenções como amniotomia, episiotomia e a utilização de ocitocina endovenosa para acelerar o parto e o excesso de induções de trabalho de parto; o *underuse* pode ocorrer através de uma falha em oferecer sulfato de magnésio para mulheres com risco de eclampsia; e o *misuse* a partir da administração de dose errada de um medicamento ou mesmo o uso de sulfato de magnésio sem a necessidade. Os profissionais que participaram do grupo não utilizaram esses termos, porém identificaram essas categorias de problemas, indo ao encontro ao que está evidenciado na literatura.

A cultura de segurança do paciente permite garantir sistemas de saúde mais seguros, e para promover essa cultura deve haver a utilização de sistemas não punitivos para notificação

de eventos adversos e análise de incidentes de segurança; estratégias que visem desenvolver programas de segurança para equipes multidisciplinares através de equipes capacitadas e processos de trabalho padronizados e simplificados com aperfeiçoamento de protocolos operacionais padrão (Farokhzadian; Nayeri; Borhani, 2018).

A falha de comunicação escrita (nos formulários e prontuários) e verbal (passagem de plantão), entre os membros das equipes também foram citadas no grupo focal como um fator que pode influenciar a segurança do paciente. Segundo Resende *et al.*, (2020) esses aspectos influenciam na qualidade do trabalho desse grupo.

O grupo discutiu sobre possíveis erros durante a passagem de plantão das equipes, tanto entre turnos como a transferência de pacientes para o alojamento conjunto. A dificuldade de comunicação com as equipes é um fator importante que gera erro durante a assistência. Sousa *et al.* (2020) citam que os principais fatores que comprometem a comunicação efetiva e a assistência de qualidade, podem estar relacionadas à passagem das informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, como também, longas jornadas de trabalho, registros de saúde realizados de maneira ilegível e incompleta.

Grande parte dos estudos sobre a segurança do paciente na área obstétrica cita a mortalidade materna que ainda é um grande problema que ocorre em distintas realidades. Porém, atualmente muitos casos de quase acidentes e morbidade grave se tornaram prioridade também para a investigação, com o objetivo de avaliar as práticas assistenciais e encontrar soluções para reduzir o risco de eventos adversos no cuidado materno e neonatal (Araújo *et al.*, 2022).

As principais falhas assistenciais na maternidade levantadas pelo grupo de trabalho foram a falha na administração de medicamentos, erros na identificação do paciente ou a falta de identificação, quedas da mãe e do bebê, realização de manobras e procedimentos desnecessários ou mal indicados e a violência obstétrica.

A administração de medicação é considerada uma atividade crucial no que concerne a segurança dos pacientes. Durante a assistência a utilização de medicações, como os antibióticos, anti-hipertensivos e sulfato de magnésio são indicados para situações de infecção, em situações de bolsa rota e hipertensão arterial elevada. Destaca-se a diretriz internacional para a utilização de sulfato de magnésio, a qual recomenda o uso se pressão arterial diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria maior que três ou pressão arterial diastólica for ≥ 90 mmHg, proteinúria for maior que dois e haja sinais clínicos de hipertensão, como cefaleia e distúrbio visual. É também utilizado o Sulfato de Magnésio para a neuro proteção em prematuros. No que diz respeito ao

recém-nascido, caso necessite receber antibiótico, esse é prescrito pela equipe médica, considerando-se o histórico materno e os achados clínicos, tais como alteração da frequência respiratória, gemidos, hipotermia, febre e reação aos estímulos (Santos *et al.*, 2020). Baggio e colaboradores (2022) recomendam que quanto maior o número de profissionais capacitados com protocolos atualizados em relação aos fatores de riscos associados à segurança da administração de medicação e na forma de orientar os pacientes, mais seguro será o cuidado (Baggio *et al.*, 2022).

A falha de identificação das pacientes e dos RN na maternidade foi outro ponto levantado como um agravo durante a assistência na discussão do grupo em relação aos agravos na assistência. A identificação dos pacientes em ambiente hospitalar através de uma pulseira é uma etapa essencial na prática clínica e permite que sejam realizados os tratamento ou procedimentos com segurança e qualidade, reduzindo o risco de incidentes, até mesmo troca de bebês.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa realizada em seis unidades de terapia intensiva neonatal de Nova York (Adelman *et al.*, 2019) identificou 66 falhas relacionadas à identificação de recém-nascidos a cada 100 mil nascidos vivos. Verifica-se que erros de identificação do paciente podem ocasionar eventos adversos graves relacionados a outros erros, como falha na administração de medicamentos, troca de bebês, realização de procedimentos e transfusão sanguínea em paciente errado, entre outros. Em Toronto (Ontario, Canadá), foram observados que as principais causas de erros durante transfusões sanguíneas estavam relacionadas a falhas na identificação de pacientes devido nome errado, erro na data de nascimento, registro incompleto entre outros (Ning *et al.*, 2018).

No Brasil, um estudo realizado em uma unidade neonatal de hospital universitário do Rio de Janeiro analisou 200 pulseiras de identificação de RN e constatou que 25,5% dos RN não as apresentavam. Assim, percebe-se que os profissionais de saúde ainda falham na questão de identificação dos RN, apesar da existência de protocolos institucionais. As falhas no processo de identificação são um dos erros mais frequentes da assistência de enfermagem (Silva *et al.*, 2019).

Esses estudos mostram a importância da implantação de estratégias para minimizar as possibilidades de erros na identificação de pacientes através de ações de baixo custo como capacitação das equipes e consolidação de protocolos de identificação (Ning *et al.*, 2018; Adelman *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019; Baggio *et al.*, 2022).

Com relação ao risco de queda, muitos profissionais que atuam em maternidades não utilizam a elevação das grades das camas para evitar esse agravo. A falta de orientação aos pacientes e acompanhantes também é observada, sobre a importância dessa prática. Esse achado vem ao encontro a necessidade de criação de protocolos assertivos e revisão dos processos de trabalhos em relação à oferta de informação sobre a prevenção de quedas na maternidade (Baggio *et al.*, 2022).

Em relação aos termos de consentimento que devem ser assinados pela paciente e seus acompanhantes, também foi identificado falha de preenchimento ou até mesmo a falta deles, assim como falta de esclarecimento sobre o procedimento pela equipe. O paciente deve compreender os riscos de cada procedimento a fim de tomar decisões adequadas. Observa-se mais uma vez a falta de comunicação entre as equipes e com os pacientes e familiares (Baggio *et al.*, 2022).

A assistência obstétrica atual ainda tem uma perspectiva curativa e de intervenção porém esse modelo está sendo revisto, pois pode causar mais danos do que benefícios a gestante saudáveis, a exemplo do aumento de cesarianas sem indicações e condutas inadequadas, jejum no trabalho de parto; o uso de ocitocina indiscriminadamente; episiotomia; manobra de Kristeller, que carecem de evidências adequadas e não justificam seus usos em gestações de risco habitual sem indicações adequadas (Nicácio *et al.*, 2020). Esse modelo de assistência foi discutido durante o grupo focal, quando foram citados os mesmos danos que podem ser causados à parturientes, com procedimentos sem indicações adequadas.

Pesquisa realizada em hospitais americanos mostrou que aproximadamente 5% das mulheres tiveram problemas na qualidade da assistência no trabalho de parto e parto, a maioria dos problemas sendo de erros profissionais (87%) e, assim, poderiam ser evitados. Grande parte dos erros foram associados a lesões e traumas, porém médicos e enfermeiras consideram que traumas psicológicos também fazem parte dos erros ocorridos durante a assistência. A violência institucional pode causar danos debilitantes na autoestima da mulher, assim como na saúde mental dela, colabora com o risco de depressão pós-parto, dificultando o vínculo materno e a amamentação, além de repercutir na decisão de ter outro filho, por medo da via de nascimento (Rodrigues *et al.*, 2021).

É de grande importância que debates referentes a segurança do paciente em maternidade contemplem também comportamentos e atitudes das equipes assistenciais. Práticas desrespeitosas devem ser abordadas como risco para a segurança e qualidade da assistência, pois as equipes sugerem uma relação entre a violência institucional e os problemas de segurança

na assistência. Um estudo americano com 2.138 mulheres revelou que uma a cada seis mulheres têm experiências de desrespeito e maus-tratos, como falta de autonomia no parto; gritos, e ameaças pelos profissionais e percepção de ser ignorada e não respondida aos pedidos de ajuda (Rodrigues *et al.*, 2021).

No centro obstétrico, erros envolvendo as equipes no cuidado perioperatório podem ter desfechos graves. A grande carga de trabalho contínuo entre as equipes multiprofissionais mostra a necessidade de intensa prevenção de erros. O esquecimento de corpo estranho em cavidade abdominal da paciente submetida a cesariana foi apontado como um erro grave que pode ocorrer durante a assistência em maternidades. A contagem cirúrgica no campo operatório deve ser realizada no início do procedimento e ao final dele e incluir a revisão de campos, hampers e lixeiras (Gomes *et al.*, 2023).

Embora existam protocolos e listas de verificação que disponibilizam as melhores evidências e práticas, alguns locais não utilizam essas práticas e ainda é um desafio a realização de contagem de itens nos procedimentos cirúrgicos. Deve haver um comprometimento de todos da equipe que prestam assistência ao paciente a fim de garantir a segurança do paciente. Neste sentido, os profissionais de saúde que participaram da pesquisa-ação mostraram-se engajados e comprometidos com a implementação da Lista de nascimento seguro.

Um estudo revelou que os processos judiciais geralmente ocorrem por erros no uso de medicamentos, porém durante procedimentos cirúrgicos os erros ocorridos podem ser fatais e a enfermagem tem papel relevante na prevenção de incidentes (Reis *et al.*, 2022). Schwendimann *et al.* (2019) em uma pesquisa realizada na Suíça em um departamento cirúrgico do Hospital Universitário de Basileia, mostrou que, existem fragilidades na utilização do protocolo de cirurgia segura, ocasionando os *never events*.

Uma pesquisa realizada em uma maternidade de alto risco do Distrito Federal entre 1º de janeiro de 2015 a 30 de junho de 2017, houve 9323 nascimentos, que geraram 114 notificações de eventos adversos nesse período. Dos incidentes notificados a maioria apresentou danos (73,7%), dentre eles 57,0% com danos classificados como moderados e graves inclusive com evolução para óbito em alguns casos. O local de maior ocorrência foi o Centro Obstétrico (51,7%). Das notificações analisadas, a maioria deles foi relacionada a procedimentos de assistência à saúde (48,3%) e infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (20,1%). Entre os desfechos, 61,0% das pacientes tiveram alta, 21,1% foram transferidas e 8,8% foram a óbito. Dos dez óbitos identificados, cinco foram relacionados com

os incidentes notificados. Em relação ao turno de trabalho, observou-se que os danos graves tiveram três vezes mais chances de acontecerem no turno noturno (Neiva *et al.*, 2019).

Por meio deste estudo verifica-se semelhança com as falas do grupo focal, onde diversos eventos adversos podem vir ocorrerem no centro obstétrico, e o período noturno em ambientes de saúde pode apresentar desafios únicos devido a uma série de fatores, incluindo menor disponibilidade de recursos humanos e materiais, fadiga da equipe, e a necessidade de lidar com emergências sem a mesma capacidade de suporte que durante o dia. Assim, as transferências de pacientes para o alojamento conjunto durante esse período podem ser especialmente desafiadoras. Portanto, cabe aos gestores, maior atenção e avaliar se há a necessidade de treinamentos neste período específico ou a existência de características da instituição que possa ter relação com a ocorrência de eventos adversos nesse turno.

A qualificação da assistência materna deve ser permanente, garantido pelas instituições de saúde a fim de eliminar os riscos relacionados à assistência. Para o desenvolvimento de estratégias de conscientização e educação em saúde, com o intuito de envolver pacientes e familiares assim como os próprios membros das equipes de saúde, a instituição de saúde deve ter abordagens que promovam a qualidade da assistência. Assim, o papel do enfermeiro é fundamental para promover ações pautadas em evidências científicas. A criação de protocolos assistenciais, listas de verificação, linhas-guia entre outras estratégias fazem parte de um conjunto de ações para assegurar a qualidade da assistência e a segurança do paciente (Franchi *et al.*, 2019).

O uso da lista de verificação de parto seguro favorece a segurança do paciente com a padronização de condutas no processo assistencial ao binômio mãe-bebê. Ações como: checar a pulseira da paciente, alergias à medicação, o início do partograma, uso de medicações como Sulfato de Magnésio e anti-hipertensivos, cuidados com o recém-nascido e amamentação, administração de ocitocina após o nascimento para evitar a hemorragia materna, a disponibilidade de materiais estéreis para o parto, permitem ao responsável pela assistência identificar etapas essenciais do cuidado obstétrico, reduzir eventos adversos evitáveis e consequentemente a maior segurança aos pacientes.

A lista de verificação da OMS permite aos profissionais utilizarem as práticas essenciais nos momentos críticos, antes, durante e depois do nascimento. Durante a internação de uma gestante para o nascimento de seu bebê, vários eventos são considerados de rotina, porém outros eventos podem ocorrer, como complicações e a lista de verificação de parto seguro na OMS

permite aos profissionais utilizarem um conjunto de práticas essenciais que, comprovadamente, reduzem os danos possíveis para mães e recém-nascidos (OMS, 2017).

É necessário que as equipes assistenciais utilizem essa lista, e a vejam não como um formulário e documento a mais a ser preenchido, mas sim uma estratégia que irá diminuir a ocorrência de erros e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência materna e neonatal.

Foi evidenciado que a lista de verificação de perto seguro da OMS auxilia os profissionais a prestarem uma assistência mais segura e adequada. Ainda, com a utilização da lista de verificação, os profissionais tornam-se conscientes de que erros podem ocorrer e prestam uma assistência com foco maior no recém-nascido e na parturiente, prevenindo falhas (Barros *et al.*, 2021).

Estudos comprovam que a falta de treinamento das equipes para a realização da checagem da lista de verificação configura-se como grave barreira para a efetividade do *checklist*. A falta de apoio dos gestores também é um fator que compromete a utilização da lista. Deve haver um monitoramento das práticas essenciais ao nascimento, assim como a utilização da lista, e as equipes devem entender os benefícios do uso da mesma, para que não entendam a implementação como uma iniciativa somente da gestão (Farokhzadian, Nayeri, Borhani, 2018; Ning *et al.*, 2018; Adelman *et al.*, 2019; Araujo *et al.*, 2019). Essa barreira foi citada no grupo focal, onde uma das falas foi sobre a necessidade de conseguir líderes dentro das equipes, para que essas não entendam a lista como somente mais um papel para preencher.

Para a viabilidade da lista deve ser escolhido um modelo horizontal participativo pelos gestores, a fim de estreitar o relacionamento com a equipe e fortalecer a cultura de segurança do paciente. Uma boa comunicação entre os profissionais de saúde é um ponto crítico na assistência, e é um ponto muito importante para o desenvolvimento da cultura de grupo, para criar um senso comum de realização em equipe, permitindo que o trabalho em equipe seja mais colaborativo. Portanto, os gestores devem se comunicar efetivamente com suas equipes, realizar treinamentos e explicar a necessidade da utilização das listas de verificação (Araujo *et al.*, 2019).

A maneira que a lista de verificação é apresentada aos profissionais de saúde é importante. Assim como a lista de verificação para cirurgia segura e outros instrumentos destinados a melhorar a segurança e a qualidade da assistência, o simples fato de introduzir uma lista de verificação em uma unidade de saúde não implica uma melhoria das práticas essenciais

dos cuidados de saúde.

É importante também que para a lista ser preenchida as equipes devem ter facilidade para a sua utilização. O layout deve ter um fluxo lógico dos itens e informações. A lista pode ser vista pela equipe como um atraso, uma carga de trabalho adicional ou que é redundante. Os enfermeiros são os profissionais que mais respondem as listas de verificação em uma instituição hospitalar, como chefe de equipe, ele se apropria da ferramenta como forma de avaliar a assistência realizada (Araujo *et al.*, 2019).

A utilização da Lista de verificação de parto seguro da OMS conduz os profissionais para uma assistência baseada em evidências e segura, porém para que seja efetivamente utilizada, a OMS orienta sobre a importância das equipes em entender seu uso e apoiaram a implementação. Primeiramente, deve-se compreender quem deverá ser envolvido, para o êxito da implementação da lista de verificação. Assim, justifica-se a formação do grupo focal para adaptação e implementação da lista de verificação, com membros de equipes dos três setores da maternidade, triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto, e ainda médicos e professores da maternidade, com o objetivo de motivar as equipes e justificar a necessidade da utilização da lista.

Durante a implementação do uso da Lista, é importante que as equipes recebam orientações e treinamentos in loco, para que a implementação seja bem-sucedida. Neste sentido, a pesquisadora buscou acompanhar todo o processo visando sanar dúvidas e garantir o melhor uso do instrumento.

Cabe destacar que a limitação da pesquisa ocorreu devido à algumas dificuldades para a implantação da lista de verificação decorrentes de problemas organizacionais e características culturais e crenças das equipes, além da dificuldade de atuação das lideranças, em se comprometerem com a implantação e acompanhamento do protocolo operacional e a Lista de verificação de nascimento seguro adaptada à realidade da maternidade de estudo.

Por fim, o estudo possibilitou identificar falhas na assistência por meio do grupo focal e os fatores necessários para a mudança do cenário de estudo, sendo que a adaptação da lista de verificação e seu protocolo operacional padrão contribuem para que sejam realizadas melhorias a nível de estruturas e processos no ambiente hospitalar, contribuindo para melhorias na qualidade e segurança materna e neonatal.

CONCLUSÃO

A metodologia de pesquisa-ação empregada para adaptar e implementar um instrumento em formato de lista de verificação comprovou ser válida e confiável para ser utilizada, por meio de um monitoramento rigoroso de todas as etapas do método e permitiu que ao mesmo tempo em que a pesquisa foi sendo desenvolvida, a ação foi sendo executada.

Esta pesquisa mostra-se relevante visto a necessidade de utilização de ferramentas e estratégias para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas instituições hospitalares. Por meio da utilização de instrumentos para organizar os complexos processos nas instituições de saúde como a Lista de Verificação de Nascimento Seguro, busca-se a melhoria e aperfeiçoamento do cuidado junto à equipe de enfermagem, voltados para a segurança na assistência materna e neonatal.

Uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável tem seu foco principal na saúde da população. Por isso, apresenta metas como a redução drástica da mortalidade materna e o fim das mortes evitáveis de bebês e crianças. Para enfrentar esses desafios e reduzir efetivamente a mortalidade materna, é fundamental que o Brasil adote uma abordagem abrangente que aborde não apenas os aspectos clínicos do cuidado materno, mas também as causas subjacentes das desigualdades em saúde. Isso inclui investimentos em saúde pública, melhoria da infraestrutura de saúde, ampliação do acesso a cuidados pré-natais e obstétricos de qualidade, promoção da equidade em saúde e empoderamento das mulheres em relação aos seus direitos reprodutivos e de saúde.

É importante que haja uma coordenação eficaz entre os diferentes níveis do governo, parcerias com organizações da sociedade civil e engajamento com as comunidades locais para garantir uma abordagem integrada e holística para enfrentar o desafio da mortalidade materna no Brasil. No entanto, apesar dos esforços e do entendimento de que o Brasil tem capacidade para ir além dos desafios propostos pela ONU, a mortalidade materna ainda é uma preocupação significativa no país.

Destaca-se a necessidade de utilização de ferramentas que visem a segurança do paciente como estratégia para esse enfrentamento. Para a implementação da lista de verificação de parto seguro deve haver o envolvimento das lideranças e gestores, o treinamento das equipes e as tutorias para apoiar o uso da ferramenta, a disponibilização da lista de forma prática, como uma ferramenta que auxilie as equipes a prestarem a assistência e a realização de feedbacks

contínuos com as equipes, para a melhoria da assistência ao parto, a fim de minimizar possíveis falhas durante a assistência.

Verifica-se a importância da realização de novos estudos que descrevam os resultados após a implementação da lista de verificação por meio da monitorização contínua dos eventos adversos e uso dos indicadores institucionais. Isso possibilitaria obter comparações de resultados que demonstrem possíveis melhorias para a segurança dos serviços de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, Jason S. et al. Risk of wrong-patient orders among multiple vs singleton births in the neonatal intensive care units of 2 integrated health care systems. **JAMA pediatrics**, v. 173, n. 10, p. 979-985, 2019. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2748683>. Acesso em: 10 mai. 2023.

AGUIAR, Ricardo Saraiva; SILVA, Henrique Salmazo da. Segurança do paciente como praxis da atenção à saúde: uma reflexão teórica sobre a literatura. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], v. 11, n. 67, p. 6863-6876, 2 ago. 2021. MPM Comunicacao. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6863-6876>. Acesso em: 10 mai. 2023.

ARAÚJO, Laís Xavier de; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; PONTES, Daniela Oliveira; ALMEIDA, Rosa Maria Ferreira de; SANTANA, Flaviane Regis de Souza; DEUS, Josimeire Cantanhêde de; SOUZA, Arghia Gigli de; RAMOS, Ana Carolina Mendes Coelho. Análise da cultura de segurança do paciente em maternidade da amazônia ocidental. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252972>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BAGGIO, Manuela Estrela; COSTA, Anna Caroline Leite; BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral; ANDRADE, Vivian Andrezza Alves; MATOZINHOS, Fernanda Penido; CORRÊA, Allana dos Reis; MANZO, Bruna Figueiredo. Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em busca da segurança do paciente na maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 75, n. 5, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0701pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BARDIN, L. Análise de conteúdo: a revisão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*. Programa de Pós-graduação em Educação. 2012. 6(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14244/%2519827199291>. Acesso em: 08 ago. 2022.

BARILLAS, Cláudia Cecília Hernandez et al. Cultura de segurança em uma maternidade pública de ensino: conhecer para intervir. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/56513>. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

CAMARGO B. V., JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. Disponível em <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 02 jun. 2023.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 04 abr. 2023.

FAROKHZADIAN, Jamileh; NAYERI, Nahid Dehghan; BORHANI, Fariba. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 654-659, 22 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>. Acesso em: 05 mai. 2023.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira; PELLOSO, Sandra Marisa; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. A estrutura de maternidades como indicador de segurança materna/The maternity structure as a maternal safety indicator. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1-8, 12 ago. 2019. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i4.45049>. Acesso em: 05 mai. 2023.

GANONG L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, 10(1), 1-1, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Acesso em: 08 nov. 2023.

GOMES, Eduardo Tavares; ALBUQUERQUE, Érica Larissa Marinho Souto de; PEREIRA, Adélia Cristina Monteiro; PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araujo. Surgical counting: design of implementation and maintenance of a standardized evidence-based procedure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 76, n. 1, p. 1-6, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0144>. Acesso em: 05 mai. 2023.

GROSBELLI, Andressa Carla. Proposta de melhoria continua em um almoxarifado utilizando a ferramenta 5W2H. 2014, 52 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) –Engenharia de Produção, **Universidade Tecnológica Federal do Paraná**, Medianeira, 2014. Disponível em: https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/12822/2/MD_COENP_TCC_2014_2_02.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

KLANT, Luciana Maria; SANTOS, Vanderley Severino dos. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 8210413786-8210413786. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13786>. Acesso em: 31 mar. 2022.

LEMOS, Samara Pereira Dantas. **Melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidade de risco habitual no Rio Grande do Norte**. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/50891/1/Melhoriaqualidadeatencao_Lemos_2022.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

LUNDSBERG, Lisbet S *et al.* "Quality Assurance Practices in Obstetric Care: A Survey of Hospitals in California." **Obstetrics and gynecology** vol. 131,2 (2018): 214-223. doi:10.1097/AOG.0000000000002437. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324608/>. Acesso em: 10 set. 2023.

MCKAY, Judy; MARSHALL, Peter. The dual imperatives of action research. **Information Technology & People**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 46-59, 1 mar. 2001. Emerald. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771>. Acesso em: 06 abril 2022.

NEIVA, Lia Esther Corrêa de Paula; BARROS, Ângela Ferreira; IMOTO, Aline Mizusaki; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 54-60, 29 nov. 2019. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01324>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NICÁCIO, Marina Caldas; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; OLIVEIRA NETO, Mercedes de; ALMEIDA, Luana Ferreira de; PENNA, Lucia Helena Garcia. WOMEN'S SAFETY CULTURE IN CHILDBIRTH AND RELATED INSTITUTIONAL FACTORS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, p. 1-13, 2020. *FapUNIFESP (SciELO)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0264>. Acesso em: 03 out. 2022.

NING, Shuoyan *et al.* What's in a name? Patient registration errors and their threat to transfusion safety. **Transfusion**, v. 58, n. 12, p. 3035-3036, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291752/>. Acesso em: 13 out. 2022.

OOBr. Observatório Obstétrico Brasileiro. Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7303/syn44144271>. Acesso em: 14 ago. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO Safe Childbirth Checklist*. Implementation Guide. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jun. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

PAES, Graciele Oroski; BRAZ, Adriana Ouverney; SAUTHIER, Marta; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de; STIPP, Marluci Andrade Conceição. Segurança do paciente e seu

reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-14, 27 jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5112>. Acesso em: 02 dez. 2022.

REINERT, Max. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: aurelia de gerard de nerval. **Bulletin Of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 24-54, mar. 1990. SAGE Publications. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1177/075910639002600103>. Acesso em: 03 out. 2022.

REINERT, Par Max. Classification Descendante Hierarchique et Analyse Lexicale par Contexte - Application au Corpus des Poesies D'A. Rihbaud. **Bulletin Of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 53-90, jan. 1987. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/075910638701300107>. Acesso em: 18 fev. 2023.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos; MATSUDA, Laura Misue; SOUZA, Verusca Soares de; FERREIRA, Andressa Martins Dias; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; COSTA, Maria Antonia Ramos; INOUE, Kelly Cristina. Judicialization of nursing malpractice in perioperative care, and delivery and birth assistance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 75, n. 1, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0066>. Acesso em: 30 abril 2023.

RESENDE, Ana Lúcia da Costa; SILVA, Nilsiara de Jesus; RESENDE, Márcio Antônio; SANTOS, Andreia Andrade dos; SOUZA, Gilberto de; SOUZA, Hélia Cristina de. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], n. 39, p., 7 fev. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>. Acesso em: 22 mai. 2023.

RODRIGUES, Giullia Taldo; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; PESSANHA, Priscila da Silva Almeida; PENNA, Lucia Helena Garcia. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0075>. Acesso em: 07 mai. 2023.

SALVIATI, Maria Elisabeth. Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2. 3). Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq). 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/anexo-manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 05 mai. 2023

SANCHIS, Desirée Zago; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; GIROTTO, Edmarlon; SILVA, Ana Maria Rigo. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 5, p. 1-8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Acesso em: 12 out. 2023.

SANTOS, Maxuel Cruz dos; PEDRONI, Vitória Sandri; CARLOTTO, Franciela Delazeri; SILVA, Silvana Cruz da; GOUVEIA, Helga Geremias; VIEIRA, Letícia Becker. Prática segura para partos em hospital universitário. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 10,

p. 80-85, 22 set. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769241489>. Acesso em: 05 out. 2023.

SCHWONKE, Camila Rose Guadalupe Barcelos et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, v. 15, n. 1, p. 208-243, 2016. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/administracion3.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

SCHWENDIMANN, René et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. **Patient safety in surgery**, v. 13, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13037-019-0194-4>. Acesso em: 23 out. 2023.

SILVA, Raiana Soares de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; DANTAS, Amanda Lúcia Barreto; SANTOS, José Diego Marques; CARVALHO, Nalma Alexandra Rocha de. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0222>. Acesso em: 12 nov. 2023.

SILVA, Silvani; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. O software IRAMUTEQ como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. **Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 275-284, 30 jun. 2021. Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v14.n2.275-284>. Acesso em: 09 out.2023.

Singh, Samiksha et al. “Evaluation of Dakshata, a scale-up WHO SCC and mentoring-based program, for improving quality of intrapartum care in public sector in Rajasthan, India: repeated mixed-methods surveys.” **Archives of public health**. Vol. 81,1 57. 18 Apr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01028-z>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SOUSA, João Batista Alves; BRANDÃO, Marisânia de J. Moreira; CARDOSO, Alysso Lucas Belfort; ARCHER, Andressa Rejane Ribeiro; BELFORT, Ilka Kassandra Pereira. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. Brazilian Journal of Health Review. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>. Acesso em: 12 out. 2023.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022005000300009>. Acesso em: 07 ago. 2023.

VERASZTO, Estéfano Vizconde; CAMARGO, Eder Pires de; CAMARGO, José Tarcísio Franco de; SIMON, Fernanda Oliveira; MIRANDA, Nonato Assis de. Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the correspondence analysis method. **Ciência & Educação (Bauru)**, [S.L.], v. 24, n. 4,

p. 837-857, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/1516-731320180040003>. Acesso em: 09 ago. 2023.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, 52(5), 546–553. 2005. Disponível em:
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 22 dez. 2023.

5.3 PRODUTOS

Os produtos foram construídos a partir de uma pesquisa desenvolvida no Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Trata-se de uma Lista de verificação de parto seguro da OMS adaptada à realidade da maternidade cenário deste estudo. A lista adaptada foi denominada de Lista de Verificação de Nascimento Seguro. Tanto a Lista quanto o seu protocolo operacional padrão foram elaborados considerando a necessidade da instituição de implantação de uma ferramenta para identificar, comparar e verificar o cumprimento às etapas críticas de segurança e, assim, minimizar os riscos evitáveis mais comuns na assistência materno-infantil.

Os produtos foram elaborados a partir das etapas da pesquisa-ação: 1) Identificar o problema, 2) Pesquisar na literatura, 3) Planejar as atividades para solução do problema, 4) Implementar as atividades, 5) Monitorar a solução do problema, 6) Avaliar os resultados das atividades, 7) Aperfeiçoar o plano (se necessário) e 8) Finalizar (somente se resultados satisfatórios). Assim, devido ao tempo disponível para o mestrado profissional as etapas 7 e 8 da pesquisa-ação ficaram para um estudo posterior. Todas essas etapas foram descritas método da Dissertação.

Após a identificação do problema e realização de uma revisão integrativa foi formado um grupo de trabalho composto por profissionais enfermeiros e médicos da obstetria e anesthesiologia, médica obstetra chefe do Departamento de Tocoginecologia da instituição de ensino vinculada ao hospital, assim como membros do Núcleo de Segurança do Paciente. Esse grupo de trabalho foi responsável por realizar reuniões para adaptar a Lista de verificação de parto seguro da OMS à realidade local da instituição, a fim de tornar-se um instrumento útil às equipes e descrever as etapas do protocolo operacional padrão.

Foram analisados todos os tópicos da lista de verificação de parto seguro da OMS a fim de identificar a necessidade de mudanças em cada momento de pausa. Necessário apontar que o grupo de trabalho viu a necessidade de colocar cada ponto de pausa da lista de verificação em uma folha separada, assim como a lista da OMS, para facilitar o preenchimento e facilitar a adesão.

No ponto de pausa da Admissão verificou-se a necessidade de:

- Colocar etiqueta de identificação da paciente no impresso;
- Colocar pulseira de identificação, seguindo o POP STGQ.0011 - Mecanismos de identificação do paciente;

- Verificar se a gestante possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa;
- Anotar a classificação da gestante no pré-natal, se risco habitual ou alto risco gestacional;
- Anotar a classificação de risco obstétrico conforme cor (verde, amarelo, vermelho);
- Verificar se a pressão arterial da gestante, registrar e comunicar alterações;
- Verificar presença de acompanhante;
- Verificar a presença de doula e se esta está cadastrada no sistema hospitalar;
- Checar prescrição médica e iniciar os medicamentos: antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral.
- Verificar se o partograma está preenchido;
- Disponibilizar os termos de consentimento livre e esclarecidos dos procedimentos para a gestante e/ou familiar;
- Verificar se gestante apresenta termo de laqueadura;
- Orientar e realizar a retirada de adornos/próteses da gestante, registrar lista de verificação de nascimento seguro a entrega destes pertences ao familiar;
- Realizar os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e anotar resultado.

No ponto de pausa da entrada de gestante no centro obstétrico detectar e evitar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e preparar para eventos de rotina e possíveis situações de crise que possam ocorrer depois do parto, sendo uma etapa crucial para garantir que tanto a mãe quanto o bebê recebam os cuidados adequados durante o trabalho de parto e o parto em si. Durante esse período, os profissionais de saúde têm a oportunidade de avaliar a situação da gestante, identificar possíveis complicações e se preparar para lidar com diversos cenários que possam surgir:

- Verificar pulseira de identificação;
- Verificar se a gestante possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa;
- Verificar na prescrição médica se a mulher precisa iniciar antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral; e iniciar?
- Verificar se a gestante foi informada sobre o procedimento;
- Apresentar a equipe assistencial à gestante;
- Verificar se a gestante deseja colocar DIU;
- Verificar se a gestante apresenta termo de laqueadura;

- Verificar se os materiais e medicamentos para a assistência estão completos para mãe e recém-nascido (RN) à beira do leito;
- Verificar se a bandeja de instrumentais está dentro da validade de esterilização;

No ponto de pauta antes do parto ou cesariana (procedimento), o grupo contou com a colaboração de um anestesista para discussão dos itens de segurança para procedimentos cirúrgicos. Importante salientar que a lista será checada também se for um procedimento de AMIU (esvaziamento através de aspirador manual intrauterino) ou curetagem (procedimento que consiste em raspar com um instrumento a cavidade uterina para retirar resíduos ou tecidos que se formaram e que o organismo não conseguiu expelir sozinho em casos de aborto incompleto).

Uma lista de verificação para cirurgia segura é uma ferramenta essencial usada por equipes cirúrgicas para garantir que todos os procedimentos necessários sejam seguidos antes, durante e após uma cirurgia. Essa lista ajuda a reduzir erros, prevenir complicações e promover a segurança do paciente. Caso haja a realização de procedimento cirúrgico:

- Identificar todos os membros da equipe em voz alta;
- Confirmar verbalmente a identidade do paciente pela pulseira e o procedimento que será realizado;
- Verificar se os termos de consentimento estão assinados;
- Verificar tempo de jejum;
- Verificar presença de adornos/próteses;
- Verificar presença de acompanhante em sala cirúrgica;
- Confirmar se a paciente tem alergias;
- Confirmar se sala do recém-nascido está checada;
- Confirmar se há necessidade de reserva de sangue;
- Identificar se há necessidade de UTI;
- Verificar se monitores conectados e oxímetro no paciente funcionando;
- Verificar se ventilador, laringoscópio, aspirador estão em sala;
- Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas. O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

- Confirmar a identificação da amostra. O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome da paciente.
- Verificar a necessidade de cuidado especial para o paciente no pós-operatório.

O objetivo é garantir que todos os aspectos críticos da cirurgia sejam abordados e que a segurança do paciente seja priorizada em todos os momentos.

No ponto de pausa relacionado ao período de Greenberg, ainda dentro do centro obstétrico e a avaliação no alojamento conjunto, através de discussões viu-se a necessidade de avaliar a puérpera e o recém-nascido após o período de 24 horas após o nascimento, para não postergar a avaliação dos itens e se necessário realizar mais orientações. Após o parto foram identificadas as seguintes necessidades:

- Verificar pulseira de identificação da mãe e recém-nascido;
- Administrar ocitocina intramuscular (IM) profilática;
- Identificar presença de sangramento aumentado na puérpera;
- Realizar administração de uterotônicos para contenção de hemorragia pós-parto;
- Checar se a mulher precisa iniciar antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral;
- Observar se o fundo uterino está abaixo, na altura ou acima da cicatriz umbilical;
- Verificar se venóclise, soro e sondas estão identificados;
- Verificar se recém-nascido necessita de monitorização;
- Verificar se realizado contato pele a pele e por quanto tempo;
- Checar se mãe orientada sobre amamentação;
- Colocar recém-nascido para mamar;
- Anotar o destino do recém-nascido (se alojamento conjunto, UTI neonatal ou outros).
- Verificar se a documentação da puérpera e recém-nascido estão completas para o encaminhamento;
- Verificar sinais de perigo da puérpera e recém-nascido.

No alojamento conjunto:

- Verificar a pulseira de identificação da mãe e recém-nascido;
- Anotar o local que se encontra o recém-nascido;
- Verificar se a puérpera precisa de antibióticos;

- Aferir sinais vitais da puérpera;
- Verificar sangramento da puérpera;
- Verificar a necessidade de antibióticos para o recém-nascido;
- Verificar se recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo;
- Checar se recém-nascido necessita de acompanhamento para amamentação;
- Checar se puérpera está orientada sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar;
- Orientar sobre consulta de puerpério;
- Verificar sinais de perigo da puérpera e recém-nascido.



Os sinais de perigo da mãe foram discutidos durante as reuniões e ficaram decididos que os técnicos de enfermagem devem orientar a mulher e os acompanhantes sobre: sangramento, hipotensão, alteração da temperatura e dificuldade para urinar. Os sinais de perigo do recém-nascido são: icterícia, hipotermia, febre, respiração difícil e dificuldade para mamar.

Na sequência foi estabelecido um plano de ação para o material fosse disponibilizado para as equipes assistências de toda a maternidade cenário deste estudo. Os produtos também foram divulgados no site do Hospital Universitário, no endereço eletrônico: <http://cti.hu.ufsc.br/intranet/pops/2401>

O objetivo final desses produtos foi identificar os principais momentos que pode haver falha durante a assistência e instrumentalizar os profissionais a fim de evitar esses erros, refletindo em melhorias na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

A seguir apresentaremos os produtos tal qual eles estão sendo utilizados na prática assistencial da instituição investigada.

PRODUTO 1 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU-UFSC/EBSERH)				
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO					
ADMISSÃO					
<div style="border: 1px dashed gray; padding: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ETIQUETA </div>					
Nome: _____					
Qual? _____	<input type="checkbox"/> Medicamentosa	Alergias: <input type="checkbox"/> Alimentar			
Classificação da gestante no pré-natal:					
<input type="checkbox"/> Risco habitual <input type="checkbox"/> Alto risco gestacional					
Classificação de risco obstétrico:					
<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Amarelo					
Pressão arterial:					
<input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Hipotensa <input type="checkbox"/> Hipertensa					
Tem acompanhante?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Doula com cadastro?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A					
Checar se a mulher precisa iniciar:	Medicação Antirretroviral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	Anti-hipertensivo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	Sulfato de Magnésio 50%:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	Antibiótico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Partograma preenchido?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A					
Realizado orientações e preenchido TCLE?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Apresenta termo de Laqueadura?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A					
Colocar pulseira de identificação em MSD:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Retirada de adornos/próteses:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Entregue para: _____					
Testes Rápidos:	HIV:	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente	<input type="checkbox"/> N/A	DATA: _____
	Hepatite B:	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente	<input type="checkbox"/> N/A	DATA: _____
	Sífilis:	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente	<input type="checkbox"/> N/A	DATA: _____
Equipe de Enfermagem: _____			DATA: _____		



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
(HU-UFSC/EBSERH)



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

ANTES DO PARTO OU CESARIANA



ETIQUETA

Nome: _____

Verificar pulseira de identificação:

Sim

Não

Qual? _____
 Medicamentosa Alergias: Alimentar

Checar se a mulher precisa iniciar:	Medicação Antirretroviral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Anti-hipertensivo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Sulfato de Magnésio 50%:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Antibiótico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

A gestante foi informada sobre o procedimento?

Sim

Não

A equipe de atendimento ao nascimento foi apresentada?

Sim

Não

Paciente deseja colocar DIU?

Sim

Não

Paciente deseja realizar laqueadura?

Sim

Não

N/A

Os materiais e medicamentos para a assistência estão completos para mãe e RN à beira do leito?

Sim

Não

Bandeja de instrumentais dentro da validade de esterilização?

Sim

Não

Equipe de Enfermagem: _____ DATA: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
(HU-UFSC/EBSERH)

EBSERH
HOSPÍTAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

ETIQUETA

Nome: _____

Pulseira de identificação: Sim Não Horas de jejum: _____

Não Sim: _____ Alergias: _____

Presença de adornos/próteses:

Sim Não

Presença de acompanhante:

Sim Não

Tipo de procedimento: Curetagem AMIU Cesariana

Outros: _____

Termos de consentimento assinado?

Sim Não N/A | Sim Não N/A

Apresentar em voz alta nome e função dos membros da equipe em sala:

Sim Não

Sala do RN checada?

Sim Não

Necessita de reserva de sangue?

Sim Não

Previsão de necessidade de UTI?

Sim Não

Monitores conectados e oxímetro no paciente funcionando?

Sim Não

Ventilador, laringoscópio, aspirador em sala?

Sim Não

Contagem de instrumentais e agulhas:

Sim Não

Contagem de compressas e gazes:

Sim Não

Necessidade de encaminhar peças para anatomopatológico? Peças identificadas?

Sim Não

Há algum cuidado especial para o paciente no pós operatório?

Não Sim: _____

Obstetra: _____

Equipe de Enfermagem: _____ DATA: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
(HU-UFSC/EBSERH)



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

APÓS O NASCIMENTO



Nome: _____

Pulseira da identificação da puérpera? Sim Não

Pulseira de identificação do RN? Sim Não

Administrado Ocitocina IM profilática? Sim Não

Mãe apresenta sangramento aumentado? Sim Não N/A

Realizado administração de uterotônicos para contenção de hemorragia pós-parto? Sim Não

Checar se a mulher precisa iniciar:

Medicação Antirretroviral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anti-hipertensivo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sulfato de Magnésio 50%:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Antibiótico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Altura do fundo uterino:
 Acima da cicatriz umbilical Na altura da cicatriz umbilical Abaixo da cicatriz umbilical

Venóclise, soro e sondas identificados? Sim Não N/A

RN necessita de monitorização: Sim Não N/A

Sim Não Realizado contato pele-a-pele?
 Quanto tempo? _____ Porquê? _____

Mãe orientada sobre amamentação? Sim Não

Sim Não Colocado RN para mamar?
 Porquê? _____

AC UTI Neonatal Outro: _____ Destino do RN:

Documentação da puérpera e RN completos para o encaminhamento? Sim Não

Não Sim: _____ Há algum cuidado especial para o paciente no pós-operatório?

Puérpera e acompanhante foram orientados sobre sinais de perigo?	Mãe: Sangramento Hipotensão Alteração de temperatura Dificuldade de urinar Dor de cabeça	RN: Icterícia Hipotermia Febre Respiração difícil Dificuldade para mamar
--	---	---

Equipe de Enfermagem: _____ DATA: _____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
(HU-UFSC/EBSERH)

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

24H APÓS O NASCIMENTO



ETIQUETA

Nome: _____

Pulseira de identificação da puérpera?

Sim Não

Pulseira de identificação do RN?

Sim Não Unidade Neonatal Óbito

A puérpera precisa de antibióticos?

Sim Não

A pressão arterial da puérpera é normal?

Sim Não

A puérpera tem sangramento aumentado?

Sim Não

RN precisa de antibióticos?

Sim Não

RN em aleitamento materno exclusivo?

Sim Não

Porquê? _____

RN necessita de acompanhamento para amamentação?

Sim Não

Puérpera orientada sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar?

Sim Não

Orientar sobre consulta de puerpério?

Sim Não

Puérpera e acompanhante foram orientados sobre sinais de perigo?

Mãe:



Sangramento
Hipotensão
Alteração de temperatura
Dificuldade de urinar
Dor de cabeça

RN:

Icterícia
Hipotermia
Febre
Respiração difícil
Dificuldade para mamar

Equipe de Enfermagem: _____ DATA: _____

PRODUTO 2 - PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	PE.POP.DGC.0000/23 - Página 1 de 13			
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO	Emissão: 12/07/2023	Próxima revisão: 12/07/2025		
		Versão: 1			

1. OBJETIVO(S)

Sistematizar a assistência e garantir a segurança da mulher e do bebê no nascimento e puerpério.

2. MATERIAL

- Lista de verificação impressa¹;
- Caneta;
- Prontuário da paciente;

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

PONTO DE PAUSA 1 - ADMISSÃO

Realizar o acolhimento da gestante e orientações sobre e seus direitos previstos em lei, quanto à livre demanda, direito à presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e doula. A equipe de enfermagem da Emergência Ginecológica e Obstétrica (EGO) ou Alojamento Conjunto (caso a paciente esteja internada em leito de Alto Risco), deverá realizar o preenchimento da lista de verificação de nascimento seguro.

1. Colocar etiqueta de identificação da paciente no impresso;
2. Colocar pulseira de identificação, seguindo o POP STGQ.0011 - Mecanismos de identificação do paciente;
3. Verificar se a gestante possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa;
4. Anotar a classificação da gestante no pré-natal, se risco habitual ou alto risco gestacional;
5. Anotar a classificação de risco obstétrico conforme cor (verde, amarelo, vermelho);
6. Verificar se a pressão arterial da gestante, registrar e comunicar alterações;
7. Verificar presença de acompanhante;
8. Verificar a presença de doula e se esta está cadastrada no sistema hospitalar;

¹ Essa lista de verificação é constituída por práticas baseadas em evidências e organizada em quatro diferentes pontos de pausa:

- I. Admissão;
- II. Antes do parto ou cesariana;
- III. Procedimento cirúrgico (cesariana se houver);
- IV. Após o nascimento;
- V. 24 horas após o nascimento.

Cada item da Lista de Verificação é uma ação crucial que, se não for executada, pode provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	PE.POP.DGC.0000/23 - Página 2 de 13	
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO	Emissão: 12/07/2023	Próxima revisão: 12/07/2025
		Versão: 1	

9. Checar prescrição médica e iniciar os medicamentos: antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral.
10. Verificar se o partograma está preenchido;
11. Disponibilizar os termos de consentimento livre e esclarecidos dos procedimentos para a gestante e/ou familiar;
12. Verificar se gestante apresenta termo de laqueadura;
13. Orientar e realizar a retirada de adornos/próteses da gestante, registrar lista de verificação de nascimento seguro a entrega destes pertences ao familiar;
14. Realizar os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e anotar resultado.

Verificar se todos os dados foram preenchidos na lista de verificação de nascimento seguro antes de encaminhar a paciente.

A equipe de enfermagem responsável deve assinar a lista de verificação de nascimento seguro ao final da checagem e antes de enviar ao Centro Obstétrico (CO).

PONTO DE PAUSA 2 - ANTES DO PARTO OU CESARIANA

Proceder a avaliação da parturiente na entrada do CO, antes do parto (ou antes da cesariana) para detectar e evitar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e preparar para eventos de rotina e possíveis situações de crise que possam ocorrer depois do parto. Esta etapa deve ser realizada pelo técnico de enfermagem no CO.



1. Verificar pulseira de identificação seguindo o POP STGQ.0011 - Mecanismos de identificação do paciente;
2. Verificar se a gestante possui algum tipo de alergia alimentar ou medicamentosa;
3. Verificar na prescrição médica se a mulher precisa iniciar antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral; e iniciar?
4. Verificar se a gestante foi informada sobre o procedimento;
5. Apresentar a equipe assistencial à gestante;
6. Verificar se a gestante deseja colocar DIU;
7. Verificar se a gestante apresenta termo de laqueadura;
8. Verificar se os materiais e medicamentos para a assistência estão completos para mãe e recém-nascido (RN) à beira do leito;
9. Verificar se a bandeja de instrumentais está dentro da validade de esterilização;

Verificar se todos os dados foram preenchidos na lista de verificação de nascimento seguro antes de encaminhar a paciente.

A equipe de enfermagem deve assinar a lista de verificação de nascimento seguro ao final da checagem.

Observação:

Caso seja encontrada alguma não conformidade a paciente não poderá ser

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	PE.POP.DGC.0000/23 - Página 3 de 13			
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO	Emissão: 12/07/2023	Próxima revisão: 12/07/2025		
		Versão: 1			

encaminhada à sala de cirurgia, devendo permanecer no leito até que as não conformidades sejam regularizadas.

PONTO DE PAUSA 3 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (se houver)

Para pacientes que não forem submetidas à algum procedimento cirúrgico esta etapa não precisa ser preenchida.

Para pacientes com indicação médica de procedimento cirúrgico, a equipe de enfermagem deverá conduzir o TIME OUT na entrada da sala do Centro Cirúrgico.

1. Identificar todos os membros da equipe em voz alta;
2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente pela pulseira e o procedimento que será realizado;
3. Verificar se os termos de consentimento estão assinados;
4. Verificar tempo de jejum;
5. Verificar presença de adornos/próteses;
6. Verificar presença de acompanhante em sala cirúrgica;
7. Confirmar se o paciente tem alergias;
8. Confirmar se sala do recém-nascido está checada;
9. Confirmar se há necessidade de reserva de sangue;
10. Identificar se há necessidade de UTI;
11. Verificar se monitores conectados e oxímetro no paciente funcionando;
12. Verificar se ventilador, laringoscópio, aspirador estão em sala;



Antes da paciente deixar a sala de cirurgia:

1. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas. O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.
2. Confirmar a identificação da amostra. O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome da paciente.
3. Verificar a necessidade de cuidado especial para o paciente no pós-operatório.

Verificar se todos os dados foram preenchidos na lista de verificação de nascimento seguro antes de encaminhar a paciente.
A equipe de enfermagem deve assinar a lista de verificação ao final da checagem.

PONTO DE PAUSA 4 - APÓS O PARTO (NO ESPAÇO DE UMA HORA)

O puerpério imediato deve ser observado atentamente pela equipe de enfermagem

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	PE.POP.DGC.0000/23 - Página 4 de 13			
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO	Emissão: 12/07/2023	Próxima revisão: 12/07/2025		
		Versão: 1			

a fim de detectar e tratar eventuais complicações à mãe e ao recém-nascido. Checar:

1. Verificar pulseira de identificação da mãe e recém-nascido;
2. Administrar ocitocina intramuscular (IM) profilática;
3. Identificar presença de sangramento aumentado na puérpera;
4. Realizar administração de uterotônicos para contenção de hemorragia pós-parto;
5. Checar se a mulher precisa iniciar antibióticos, sulfato de magnésio 50%, anti-hipertensivo e/ ou medicação antirretroviral;
6. Observar se o fundo uterino está abaixo, na altura ou acima da cicatriz umbilical;
7. Verificar se venóclise, soro e sondas estão identificados;
8. Verificar se recém-nascido necessita de monitorização;
9. Verificar se realizado contato pele a pele e por quanto tempo;
10. Checar se mãe orientada sobre amamentação;
11. Colocar recém-nascido para mamar;
12. Anotar o destino do recém-nascido (se alojamento conjunto, UTI neonatal ou outros).
13. Verificar se a documentação da puérpera e recém-nascido estão completas para o encaminhamento;
14. Verificar sinais de perigo² da puérpera e recém-nascido.



Verificar se todos os dados foram preenchidos na lista de verificação de nascimento seguro antes de encaminhar a paciente.
A equipe de enfermagem deve assinar a lista de verificação ao final da checagem.

PONTO DE PAUSA 5 - 24 HORAS APÓS O NASCIMENTO

A avaliação da mãe e do recém-nascido no Alojamento Conjunto devem ser realizadas pela enfermeira do plantão, são de grande importância e exigem cuidados imediatos. Checar:

1. Verificar a pulseira de identificação da mãe e recém-nascido seguindo o POP STGQ,0011 - Mecanismos de identificação do paciente;
2. Anotar o local que se encontra o recém-nascido;
3. Verificar se a puérpera precisa de antibióticos;
4. Aferir sinais vitais da puérpera;
5. Verificar sangramento da puérpera;
6. Verificar a necessidade de antibióticos para o recém-nascido;
7. Verificar se recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo;
8. Checar se recém-nascido necessita de acompanhamento para amamentação;
9. Checar se puérpera está orientada sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar;
10. Orientar sobre consulta de puerpério;

² Os sinais de perigo da mãe são: sangramento, hipotensão, alteração da temperatura e dificuldade para urinar. Os sinais de perigo do recém-nascido são: icterícia, hipotermia, febre, respiração difícil e dificuldade para mamar.

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	PE.POP.DGC.0000/23 - Página 5 de 13			
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO	Emissão: 12/07/2023	Próxima revisão: 12/07/2025		
		Versão: 1			

11. Verificar sinais de perigo da puérpera e recém-nascido.

Os sinais de perigo da mãe são: sangramento, hipotensão, alteração da temperatura e dificuldade para urinar. Os sinais de perigo do recém-nascido são: icterícia, hipotermia, febre, respiração difícil e dificuldade para mamar.

Verificar se todos os dados foram preenchidos na lista de verificação de nascimento seguro.

A equipe de enfermagem deve assinar a lista de verificação ao final da checagem.

Observações: A lista de verificação de nascimento seguro deve permanecer no prontuário físico da paciente e sempre ser encaminhada onde a paciente estiver internada.

4. REFERÊNCIAS

BEZERRA, Marilyn Alves Quezado. Conhecimento da equipe de enfermagem do Checklist de parto seguro como prevenção de infecção puerperal. *Ciência e Saúde*, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 3, p. 1-17, jun. 2019.



BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa; 2016. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017a.

MEDeiros, Anderson Brito de; FREIRE, Izaura Luzia Silvério; SANTOS, Fernanda Rafaela dos; SILVA, Bárbara Coeli Oliveira da; BATISTA, George Felipe de Moura; MENEZES, Márcio Moreira de. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 1-12, 1 set. 2020. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>.

OMS. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

PIETRZAK, Jeniffer Karolina Pereira et al. GESTANTE DE ALTO RISCO: PEREGRINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. *Rede de Cuidado em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 63-73, maio 2021. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/7092/3532>. Acesso em: 25 jul. 2022.

ROSA, S.G; Lima, P.O.; Silva, G.S.V. A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto: compreensão das gestantes. *Revista Pró-UniverSUS*. 2020 Jan./Jun.

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO			
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA		PE.POP.DGC.0000/23 - Página 6 de 13		
Título do Documento	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE NASCIMENTO SEGURO		Emissão: 12/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 12/07/2025	
5. HISTÓRICO DE REVISÃO					
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
1	01/06/2023	Orientar a realização do processo de Enfermagem nas Unidades Assistenciais.			

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver esta pesquisa ação, foi possível identificar diferentes estratégias para implementação da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS em maternidades, ao mesmo tempo que muitas delas foram colocadas em prática na instituição investigada. De acordo com o encontrado na literatura, a implementação da Lista de verificação ocorreu por meio do envolvimento das lideranças, a fim de entenderem a importância e o objetivo do projeto para obter melhor resultado na utilização do instrumento.

Neste estudo, a sensibilização, apoio contínuo e treinamento das equipes foi primordial para a implementação da nova ferramenta, mostrando a importância, os objetivos da Lista e a mesma como uma ferramenta para auxiliar a assistência, e não como apenas mais um protocolo a ser realizado. O *feedback* a fim de garantir um reforço positivo e proporcionar uma boa taxa de adesão do uso da Lista, também foi fundamental neste processo. O compartilhamento das informações motiva as equipes a continuarem utilizando a ferramenta e auxilia a construção de uma nova cultura de segurança na maternidade.

Houve certa dificuldade em inserir um novo protocolo em locais onde as equipes eram mais antigas, visto que a lista foi entendida como um trabalho a mais, porém com reuniões regulares e treinamentos *in loco* foi possível mostrar a necessidade da utilização da ferramenta. Houve também resistência por parte de alguns gestores em participar da adaptação e implementação, o que fez com que estes não se envolvessem no sentido de motivar suas equipes.

Interessante apontar que no grupo focal os participantes relataram que a maioria dos erros na assistência pode vir a ocorrer no centro obstétrico, porém durante todo o processo de implementação da lista as equipes deste setor se mostraram abertas ao novo protocolo e preocupadas com a segurança do binômio mãe-bebê. Fato esse que poder ter ocorrido devido a pesquisadora atuar como enfermeira referência deste setor.

Cabe aqui salientar a necessidade de educação permanente dos profissionais que prestam assistências nas maternidades. A qualificação deve ser contínua, garantida pelas instituições de saúde com o objetivo de eliminar os riscos relacionados à assistência e motivando as equipes a prestarem um cuidado seguro. Quando a cultura do paciente é disseminada nas instituições hospitalares, os profissionais de saúde se responsabilizam pelos cuidados prestados. Especialmente em maternidades, onde a saúde da mãe e do bebê está em jogo, é crucial que os profissionais estejam bem-informados, atualizados e capacitados para

lidar com uma variedade de situações e complicações que possam surgir durante a gravidez, parto e pós-parto.

No que tange a utilização de um software para apoiar as análises qualitativas, essa necessidade vem ao encontro das demandas atuais para a utilização de novas tecnologias com o objetivo de buscar maior rigor metodológico nas pesquisas. A utilização do software Iramuteq mostrou-se satisfatória por meio da discriminação e a compreensão das relações entre as falas do grupo focal, sendo considerado um mecanismo de apoio ao pesquisador e auxiliando no processo de tratamento de dados, sem substituir o papel central do pesquisador e suas análises. Destaca-se as diversas análises que o Iramuteq realiza com apoio de elementos gráficos, otimizando a organização dos dados.

Na perspectiva do mestrado profissional, uma formação voltada para as demandas do mercado de trabalho é grande importância para os gestores e profissionais que prestam assistência direta aos pacientes. O curso proporciona desenvolvimento profissional e pessoal que contribui diretamente para um novo olhar para a realidade, me ajudando a buscar novas maneiras de resolução dos problemas da prática e do processo de trabalho na enfermagem. A oportunidade de resolver um problema da instituição por meio do mestrado profissional, como foi a implementação da lista de verificação de parto seguro, valida o objetivo do curso que é formar profissionais capazes de agir de maneira transformadora em seus contextos de atuação.

A adaptação e implementação da Lista de verificação de nascimento seguro na Maternidade do Hospital Universitário da UFSC representa um grande avanço nos processos relacionados à qualidade e segurança do paciente desta instituição e contribuirá para a melhoria na assistência à mulher e ao recém-nascido, por meio da homogeneização dos procedimentos com o propósito de minimizar falhas, negligências ou possíveis complicações por imprudência.

Recomenda-se novos estudos após um período maior de implementação da lista, a fim de identificar os resultados obtidos através dos indicadores da maternidade e com isso identificar novos problemas que mereçam ser estudados para garantir a qualidade da assistência e segurança do paciente.

A utilização da lista de verificação de parto seguro, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de fato uma intervenção de grande importância no contexto das maternidades. Assim como o checklist de cirurgia segura, essa ferramenta tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o parto, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Os profissionais de saúde que trabalham em ambientes de assistência médica estão sujeitos a uma série de desafios e pressões que podem aumentar o risco de erros e falhas humanas. A lista de verificação de parto seguro é projetada para ajudar a mitigar esses riscos, fornecendo uma estrutura clara e sistemática para a verificação de cuidados essenciais ao binômio mãe-bebê em cada etapa do processo de parto.

Ao utilizar a lista de verificação, os profissionais de saúde podem garantir que todos os aspectos críticos do cuidado durante o parto sejam abordados e que nenhum procedimento essencial seja negligenciado. Isso inclui a verificação de sinais vitais da mãe e do bebê, a administração de medicamentos apropriados, a prevenção de infecções, a monitorização do progresso do trabalho de parto, entre outros aspectos importantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ricardo Saraiva; SILVA, Henrique Salmazo da. Segurança do paciente como práxis da atenção à saúde: uma reflexão teórica sobre a literatura. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], v. 11, n. 67, p. 6863-6876, 2 ago. 2021. MPM Comunicacao. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6863-6876>. Acesso em: 05 set. 2022.

ANDRIOLA, Isadora Costa; SONENBERG, Andréa; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Enfermagem de Prática Avançada: estratégia para melhorar o cuidado materno-infantil no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 1-11, 2020. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ar02356>. Acesso em: 02 set. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. BRASIL. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

ARAÚJO, Isabelle Christine Fonsêca Gomes de; FERREIRA, Tainara Lorena dos Santos; ARAÚJO, Daísy Vieira de; MELO, Káthya Daniella Figueiredo; ANDRADE, Fábila Barbosa de. Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. **Revista Ciência Plural**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 18-33, 5 jun. 2019. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1id17943>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ARAÚJO, Laís Xavier de; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; PONTES, Daniela Oliveira; ALMEIDA, Rosa Maria Ferreira de; SANTANA, Flaviane Regis de Souza; DEUS, Josimeire Cantanhêde de; SOUZA, Arghia Gigli de; RAMOS, Ana Carolina Mendes Coelho. ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-16, 16 ago. 2022. Revista de Enfermagem, UFPE Online. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252972>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ARIADNE LABS. **The BetterBirth Study** (November 2014-December 2017): Global Strategies to End the Preventable Deaths of Women & Newborns in Childbirth. Ariadne Labs, 2019. Disponível em: www.ariadnelabs.org/betterbirth-report. Acesso em: 03 nov. 2023.

BAGGIO, Manuela Estrela; COSTA, Anna Caroline Leite; BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral; ANDRADE, Vivian Andrezza Alves; MATOZINHOS, Fernanda Penido; CORRÊA, Allana dos Reis; MANZO, Bruna Figueiredo. Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em busca da segurança do paciente na maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 75, n. 5, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0701pt>. Acesso em: 03 nov. 2023.

BARDIN, L. Análise de conteúdo: a revisão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*. Programa de Pós-graduação em Educação. 2012. 6(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14244/%2519827199291>. Acesso em: 08 fev. 2023.

BARILLAS, Cláudia Cecília Hernandez et al. Cultura de segurança em uma maternidade pública de ensino: conhecer para intervir. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/56513>. Acesso em: 13 jun. 2023.

BARNHART, Dale A.; SEMRAU, Katherine E. A.; ZIGLER, Corwin M.; MOLINA, Rose L.; DELANEY, Megan Marx; HIRSCHHORN, Lisa R.; SPIEGELMAN, Donna. Optimizing the development and evaluation of complex interventions: lessons learned from the betterbirth program and associated trial. **Implementation Science Communications**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-9, 25 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s43058-020-00014-8>. Acesso em: 08 mai. 2023.

BARNHART, Dale A.; SPIEGELMAN, Donna; ZIGLER, Corwin M.; KARA, Nabihah; DELANEY, Megan Marx; KALITA, Tapan; MAJI, Pinki; HIRSCHHORN, Lisa R.; SEMRAU, Katherine E. A.. Coaching Intensity, Adherence to Essential Birth Practices, and Health Outcomes in the BetterBirth Trial in Uttar Pradesh, India. **Global Health: Science and Practice**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 38-54, 3 mar. 2020. Johns Hopkins School Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-19-00317>. Acesso em: 08 abril 2023.

BARROS, Adriana Gonçalves de; MORAIS, Jessica Lorena Palmeira de; CABRAL, Ana Lúciade Medeiros; FAUSTINO, Waglânia de Mendonça. CHECKLIST EM SALAS DE PARTO: a importância dos cuidados de enfermagem para segurança do paciente / checklist in delivery rooms. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 29735-29745, 2021. Brazilian Journal of Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n3-612>. Acesso em: 08 abril 2023.

BORGES, João Paulo Assunção; SANTOS, Luciana Avila; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. Indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 7101-7116, 2020. Brazilian Journal of Health Review. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-241>. Acesso em: 12 abril 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.228 GM/MS, de 1º de julho de 2022, que dispõe **sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html. Acesso em: 05 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2012. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde/CENEPI: **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Base de dados do SIM e do SINASC, 2022. Disponível em:

<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sim/>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2004. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 05 set.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022. **Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2022. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 13, de 13 de janeiro de 2023. **Revoga Portarias que especifica e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-13-de-13-de-janeiro-de-2023-457959944>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, **que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 25 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acessado em 10 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde/DAENT: **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, 2022**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020**. Vol.53 Nº20, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais->

de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view. Acesso em: 24 out. 2022.

BRITO, Wilker Sucupira Ferro; LIMA, Ronaldo Nunes. APLICAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM CENTRO CIRÚRGICO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 1369-1383, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10714/4502>. doi.org/10.51891/rease.v9i7.10714. Acesso em: 21 out. 2023.

BUGES, Naiana Mota; COELHO, Juliana Rodrigues; SILVA, Natália Batista de Araújo. FATORES EVITÁVEIS PARA MORTALIDADE NEONATAL: uma revisão narrativa da literatura. **Amazônia Science And Health**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 2-14, 31 mar. 2020. Amazonia: Science and Health. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p2-14>. Acesso em: 21 out. 2023.

COLETTI, Priscila Miranda Carvalho et al. CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 3, n. 14, p. 641-658, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/344/302>. Acesso em: 01 out. 2023.

CAMARGO B. V., JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 02 jun. 2023.

CRESWELL, John. W. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010

FAROKHZADIAN, Jamileh; NAYERI, Nahid Dehghan; BORHANI, Fariba. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 654-659, 22 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>. Acesso em: 02 jun. 2023.

FÉLIX, Roselaine dos Santos; FILIPPIN, Nadiesca Taisa. Segurança do paciente na perspectiva de gestantes e puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 96-104, jan. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1006058>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FERREIRA, Lucilene Renó; NEVES, Vanessa Ribeiro; ROSA, Anderson da Silva. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-10, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0287pt>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FIGUEIREDO, Livia Carolina Andrade; AGUIAR, Fernanda Braz; CARDOSO, Débora Oliveira; CASTRO, Frederico Bregunci de; ALMEIDA, Luiz Fernando de; CUNHA, Anna Karolyna Rodrigues; LARA, Bárbara Marques de Castro; SOUZA, Gilberto de; MITA, Larissa; MELO, Saulo Nascimento de. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no

estado do Espírito Santo durante o período de 2014 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 1-9, 23 fev. 2021. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e6296.2021>. Acesso em: 05 jul. 2023.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira; PELLOSO, Sandra Marisa; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. A estrutura de maternidades como indicador de segurança materna/The maternity structure as a maternal safety indicator. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1-8, 12 ago. 2019. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i4.45049>. Acesso em: 05 jul. 2023.

GANONG L. H.. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, 10(1), 1–1, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Acesso em: 08 nov. 2023.

TOSTES, Maria Fernanda Prado; GALVÃO, Cristina Maria. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. **Revista Sobecc**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 204-211, 21 dez. 2020. Zeppelini Editorial e Comunicação. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425202000040003>. Acesso em: 07 nov. 2023.

GOMES, Eduardo Tavares; ALBUQUERQUE, Érica Larissa Marinho Souto de; PEREIRA, Adélia Cristina Monteiro; PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araujo. Surgical counting: design of implementation and maintenance of a standardized evidence-based procedure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 76, n. 1, p. 1-6, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0144>. Acesso em: 07 nov. 2023.

GROSBELLI, Andressa Carla. Proposta de melhoria continua em um almoxarifado utilizando a ferramenta 5W2H. 2014, 52 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Engenharia de Produção, **Universidade Tecnológica Federal do Paraná**, Medianeira, 2014. Disponível em: https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/12822/2/MD_COENP_TCC_2014_2_02.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. ODS - Metas nacionais dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: proposta de pactuação, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

KARA, Nabihah; FIRESTONE, Rebecca; KALITA, Tapan; A GAWANDE, Atul; KUMAR, Vishwajeet; KODKANY, Bhala; SAURASTRI, Rajiv; SINGH, Vinay Pratap; MAJI, Pinki; KARLAGE, Ami. The BetterBirth Program: pursuing effective adoption and sustained use of the who safe childbirth checklist through coaching-based implementation in uttar pradesh, india. **Global Health: Science and Practice**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 232-243, 27 jun. 2017. Johns Hopkins School Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-16-00411>. Acesso em: 20 out. 2023.

KEMMIS, Stephen; MCTAGGART, Robin. Communicative action and the public sphere. **The Sage handbook of qualitative research**, v. 3, p. 559-603, 2007. 31 mar. 2021. Disponível em:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=46c3b4a37632b0cf3c33a95bd0bdb09e81f0fce4>. Acesso em: 13 out. 2023.

KLANT, Luciana Maria; SANTOS, Vanderley Severino dos. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 8210413786-8210413786, 31 mar. 2021. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13786>. Acesso em: 12 out. 2023.

KOUROUMA, Kadidiatou Raissa; YAMÉOGO, Wambi Maurice Evariste; DOUKOURÉ, Daouda; YACÉ, Marie Laurette Agbré; KAMELAN, Akoua Tano; COULIBALY-KONÉ, Soltié Aminata; MILLOGO, Tiéba; KOUANDA, Séni. Feasibility study on the adoption of the WHO safe childbirth checklist by front-line healthcare providers and managers in Burkina Faso and Côte d'Ivoire. **Pilot And Feasibility Studies**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1-11, 6 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-020-00691-1>. Acesso em: 12 out. 2023.

MAILHIOT, Gérald Bernard. **Dinâmica e Gênese dos Grupos**. Livraria Duas Cidades. São Paulo, Brasil, 1970

MARCOLIN, Alessandra Cristina. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 37, n. 10, p. 441-445, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/so100-720320150005472>. Acesso em: 10 out. 2023.

MCKAY, Judy; MARSHALL, Peter. The dual imperatives of action research. **Information Technology & People**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 46-59, 1 mar. 2001. Emerald. 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771>. Acesso em: 08 ago. 2023.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. [Edição]. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2023.

MIGOTO, Michelle Thais; OLIVEIRA, Rafael Pallisser de; FREIRE, Márcia Helena de Souza. Validação de indicadores para monitoramento da qualidade do pré-natal. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-11, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0262>. Acesso em: 12 out. 2023.

MOLINA, Rose L.; BENSKI, Anne-Caroline; BOBANSKI, Lauren; TULLER, Danielle E.; SEMRAU, Katherine E. A.. Adaptation and implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist around the world. **Implementation Science Communications**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-9, 8 jul. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s43058-021-00176-z>. Acesso em: 15 out. 2023.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos; CALLOU, Regiane Clarice Macêdo; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; OLIVEIRA, Roberta Meneses. Estratégias de

comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, n., p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 15 out. 2023.

NEIVA, Lia Esther Corrêa de Paula; BARROS, Ângela Ferreira; IMOTO, Aline Mizusaki; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 54-60, 29 nov. 2019. *Vigilancia Sanitaria em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01324>. Acesso em: 18 fev. 2023.

NEVES, Ingrid Alves Reis; MAIA, Margani Cadore Weis; CANTO, Débora Francisco do; SOUZA, Verusca Soares de; SANTARÉM, Michelle Dornelles; OLIVEIRA, João Lucas Campos de. QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-20, 25 mar. 2021. *Revista de Enfermagem, UFPE Online*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245809>. Acesso em: 16 mai. 2023.

NICÁCIO, Marina Caldas; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; OLIVEIRA NETO, Mercedes de; ALMEIDA, Luana Ferreira de; PENNA, Lucia Helena Garcia. WOMEN'S SAFETY CULTURE IN CHILDBIRTH AND RELATED INSTITUTIONAL FACTORS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0264>. Acesso em: 16 mai. 2023.

NING, Shuoyan et al. What's in a name? Patient registration errors and their threat to transfusion safety. **Transfusion**, v. 58, n. 12, p. 3035-3036, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291752/>. Acesso em: 13 out. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO Safe Childbirth Checklist. Implementation Guide*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 06 jun. 2022.

OOBr. Observatório Obstétrico Brasileiro. *Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2022*. Disponível em: <https://doi.org/10.7303/syn44144271>. Acesso em: 14 ago. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

PAES, Graciele Oroski; BRAZ, Adriana Ouverney; SAUTHIER, Marta; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de; STIPP, Marlucci Andrade Conceição. Segurança do paciente e seu reconhecimento para a ética nos cuidados de Enfermagem. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-14, 27 jun. 2020. *Research, Society and Development*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5112>. Acesso em: 14 ago. 2023.

PEDRONI, Vitoria Sandri; GOUVEIA, Helga Geremia; VIEIRA, Letícia Becker; WEGNER, Wiliam; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; SANTOS, Maxuel Cruz dos; CARLOTTO, Franciela Delazeri. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, n. , p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>. Acesso em: 12 ago. 2023.

PEREIRA, Ricardo Motta; FONSECA, Giovanna de Oliveira; PEREIRA, Ana Célia Cirino Costa; GONÇALVES, Gabrielly Antunes; MAFRA, Roberta Amaral. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PERRY, Wrg; NEJAD, S Bagheri; TUOMISTO, K; KARA, N; ROOS, N; DILIP, Tr; HIRSCHHORN, Lr; LARIZGOITIA, I; SEMRAU, K; MATHAI, M. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. **Bmj Global Health**, [S.L.], v. 2, n. 3, p. 000241-000241, ago. 2017. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000241>. Acesso em: 14 out. 2023.

PERRONI, Adriana Guimarães et al. Aprimoramento do protocolo de cirurgia segura no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Atenção Primária em Saúde e os desafios para a formação Lato Sensu e Qualificação Profissional**, p. 101. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/58142/LivroAPS.pdf?sequence=2#page=102>. Acesso em: 16 out. 2023.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; SANTOS, Francielle Thays. Segurança do paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 9796-9809, 2020. Brazilian Journal of Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n3-018>. Acesso em: 15 out. 2023.

PIRES, Rômulo Cesar Rezzo; SILVEIRA, Victor Nogueira da Cruz; LEAL, Maria do Carmo; LAMY, Zeni Carvalho; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 7, p. 2119-2133, jul. 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022>. Acesso em: 16 out. 2023.

PRAXEDES, Adriana de Oliveira; ARRAIS, Luciana; ARAËJO, Maria Augusta Azevedo de; SILVA, Edna Marta Mendes da; GAMA, Zenewton André da Silva; FREITAS, Marise Reis de. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 1-14, 6 nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00034516>. Acesso em: 07 out. 2023.

REINERT, Max. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: aurelia de gerard de nerval. **Bulletin Of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 24-54, mar. 1990. SAGE

Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/075910639002600103>. Acesso em: 10 mai. 2023.

REINERT, Par Max. Classification Descendante Hierarchique et Analvse Lexicale par Contexte - Application au Corpus des Poesies D'A. Rihbaud. **Bulletin Of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 53-90, jan. 1987. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/075910638701300107>. Acesso em: 17 set. 2023.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos; MATSUDA, Laura Misue; SOUZA, Verusca Soares de; FERREIRA, Andressa Martins Dias; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; COSTA, Maria Antonia Ramos; INOUE, Kelly Cristina. Judicialization of nursing malpractice in perioperative care, and delivery and birth assistance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 75, n. 1, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0066>. Acesso em: 17 set. 2023.

RESENDE, Ana Lúcia da Costa; SILVA, Nilsiara de Jesus; RESENDE, Márcio Antônio; SANTOS, Andreia Andrade dos; SOUZA, Gilberto de; SOUZA, Hélia Cristina de. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], n. 39, p., 7 fev. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>. Acesso em: 15 set. 2023.

RODRIGUES, Giullia Taldo; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; PESSANHA, Priscila da Silva Almeida; PENNA, Lucia Helena Garcia. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0075>. Acesso em: 18 set. 2023.

SALVIATI, Maria Elisabeth. Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2. 3). Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq). 2017. Acesso em: 22 set. 2023.

SANCHIS, Desirée Zago; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; GIROTTO, Edmarlon; SILVA, Ana Maria Rigo. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 5, p. 1-8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Acesso em: 22 set. 2023.

SCRIMSHAW, Susan; HURTADO, Elena. Anthropological approaches for programmes improvement. Los Angeles: **University of California Press**, 1987. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/food.19880321006>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SCHWENDIMANN, René et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. **Patient safety in surgery**, v. 13, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13037-019-0194-4>. Acesso em: 27 nov. 2022.

SEMRAU, Katherine E. A.; HIRSCHHORN, Lisa R.; KODKANY, Bhala; SPECTOR, Jonathan M.; TULLER, Danielle E.; KING, Gary; LIPSITZ, Stuart; SHARMA, Narender; SINGH, Vinay Pratap; KUMAR, Bharath. Effectiveness of the WHO Safe Childbirth Checklist program in reducing severe maternal, fetal, and newborn harm in Uttar Pradesh, India: study protocol for a matched-pair, cluster-randomized controlled trial. **Trials**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-6, dez. 2016. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1673-x>. Acesso em: 23 out. 2023.

SILVA, Alexssandro da; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; FALK, James Anthony; PEDROSO, Marcel de Moraes. Maternal and child patient safety: a multiple criteria analysis of the decisionmaking preferences of nurse managers. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 577-591, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300008>. Acesso em: 23 out. 2023.

SILVA, Raiana Soares de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; DANTAS, Amanda Lúcia Barreto; SANTOS, José Diego Marques; CARVALHO, Nalma Alexandra Rocha de. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0222>. Acesso em: 23 out. 2023.

Silvana Cruz, d. S., Morais, B. X., Oclaris, L. M., Juliana, D. O., Janete de, S. U., & Tânia Solange Bosi de, Souza Magnago. (2021). Cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y sus razones en obstetricia. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SILVA, Silvani; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. O software IRAMUTEQ como ferramenta metodológica para análise qualitativa nas pesquisas em educação profissional e tecnológica. **Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 275-284, 30 jun. 2021. Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v14.n2.275-284>. Acesso em: 20 abril 2023.

SILVA, Sabrina Guterres da; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; SALLES, Raquel Kuerten de. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 837-844, 2012. 30 jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Lsz8tyrdS6S9r5j35p5LVYc/citation/?lang=pt>. Acesso em: 20 abril 2023.

SNYDER, Hannah. Literature review as a research methodology: an overview and guidelines. **Journal Of Business Research**, [S.L.], v. 104, p. 333-339, nov. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>. Acesso em: 16 jun. 2023.

SOUSA, João Batista Alves; BRANDÃO, Marisânia de J. Moreira; CARDOSO, Alysso Lucas Belfort; ARCHER, Andressa Rejane Ribeiro; BELFORT, Ilka Kassandra Pereira. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do

paciente. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 Dec;37(12): p. 549–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>. Acesso em: 07 abril 2023.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; LIMA, Yara Oyram Ramos; PAZ, Bianca Maria Santos da; COSTA, Ediná Alves; CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SANTOS, Rosenilde dos. Potencialidades da técnica de grupo focal para a pesquisa em vigilância sanitária e atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S.L.], v. 7, n. 13, p. 1-15, 30 abr. 2019. *Revista Pesquisa Qualitativa - RPQ*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/rpq.2019.v.7.n.13.169>. Acesso em: 06 jun. 2023.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez, 1986.

THOFEHRN, Maira Buss; MONTESINOS, Maria José López; PORTO, Adrize Rutz; AMESTOY, Simone Coelho; ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira; MIKLA, Marzena. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. **Index de Enfermería**, [S.L.], v. 22, n. 1-2, p. 75-78, jun. 2013. *SciELO Espana/Repisalud*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962013000100016>. Acesso em: 09 jul. 2023.

THOMAS, Joycelyn; VOSS, Joachim; TARIMO, Edith. Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the who safe childbirth checklist tool in a tanzania regional hospital. **African Health Sciences**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 44-50, 23 maio 2021. *African Journals Online (AJOL)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v21i1.8s>. Acesso em: 05 set. 2022.

THOMÉ, Alba Regina Cartaxo Sampaio; BERNARDO, Thaís Honório Lins. Elementos que integram listas de verificação para cirurgia cardíaca segura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 23711124795-23711124795, 5 jan. 2022. *Research, Society and Development*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24795>. Acesso em: 06 mai. 2023.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. *FapUNIFESP (SciELO)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300013>. Acesso em: 12 set. 2023.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. *FapUNIFESP (SciELO)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022005000300009>. Acesso em: 10 jan. 2022.

TUYISHIME, Eugene; PARK, Paul H.; ROULEAU, Dominique; LIVINGSTON, Patricia; BANGUTI, Paulin Ruhato; WONG, Rex. Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre- and post-intervention

study. **Maternal Health, Neonatology And Perinatology**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-9, 4 abr. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s40748-018-0075-3>. Acesso em: 08 mai. 2023.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-62762001000100001>. Acesso em: 12 out. 2023.

VERASZTO, Estéfano Vizconde; CAMARGO, Eder Pires de; CAMARGO, José Tarcísio Franco de; SIMON, Fernanda Oliveira; MIRANDA, Nonato Assis de. Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the correspondence analysis method. **Ciência & Educação (Bauru)**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 837-857, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-731320180040003>. Acesso em: 20 out. 2023.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de facebook? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 7, p. 1-12, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt277421>. Acesso em: 10 set. 2023.

ZVEITER, Marcele; MOUTA, Ricardo José Oliveira; MEDINA, Edymara Tatagiba; ALMEIDA, Luciane Pereira de; SILVA, Sandra Cristina de Souza Borges; MARTINS, Elaine Lutz. O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 66736-66736, 21 set. 2022. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>. Acesso em: 10 set. 2023.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, 52(5), 546–553. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 22 dez. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

I INÍCIO
<ul style="list-style-type: none"> i. Apresentação do moderador e dos relatores, e seus respectivos papéis. ii. Apresentação dos profissionais. iii. Apresentação dos objetivos da investigação e da escolha dos integrantes do grupo focal. iv. Divulgação das formas de registro do trabalho, bem como do anonimato dos envolvidos e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). v. A proposta do grupo focal e a duração aproximada do encontro. vi. Defender a ideia de um debate, com o envolvimento de todos.
II DESENVOLVIMENTO
<p>A. SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Quando se fala em segurança do paciente, o que vem a sua mente? 2. Você conhece quais os principais agravos à saúde da mulher e RN relacionados a assistência hospitalar? Quais são? 3. Você conhece ferramentas que permitem reduzir esses agravos relacionados à assistência? <p>B. IMPORTÂNCIA DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Qual a importância de haver pontos de parada para verificação de itens essenciais durante a assistência materna e infantil? 2. Você já passou por alguma situação que envolvesse a segurança do paciente durante a assistência? Como foi? <p>C. IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Como podemos incentivar e envolver a equipe para o uso da lista de verificação na maternidade?
III CONSIDERAÇÕES FINAIS
<ul style="list-style-type: none"> i. Informar aos integrantes que a discussão está se aproximando do final. ii. Solicitar que exponham comentários ou observações de algo particular que se relacione com a temática da discussão, e que não estava na pauta do roteiro, mas que eles gostariam de abordar. iii. Agradecimentos pela participação.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
– MODALIDADE PROFISSIONAL
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Prof^a Dr^a Roberta Costa (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Franciane Zabloski Vieira, aluna do Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “ADAPTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL” que tem como o objetivo geral: Implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil. Este projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH – UFSC), bem como a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP HU-UFSC/EBSERH).

Destacamos que o CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa será por meio de participação em grupo focal para debate sobre o tema em questão. Serão realizados grupos de seis a oito pessoas durante seu turno de trabalho a fim de que todos possam discutir sobre a segurança dos pacientes e as ações necessárias para a implementação da lista de parto seguro na maternidade, os áudios dos grupos serão gravados a fim de permitir a coleta dos dados de forma integral. Nenhum participante terá

seu nome exposto, serão utilizados letras e números para identificar as falas. O encontro terá duração aproximada de uma hora e será realizado em sua unidade de trabalho.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com a reflexão sobre assistência materna e neonatal e sua prática no cuidado, além de possibilitar a implementação da lista de verificação como instrumento para assegurar a segurança e a qualidade no serviço de saúde.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de sentir-se constrangido ou desconfortável durante as discussões. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los(as), interrompendo a observação a qualquer momento ou dando a liberdade que você interrompa a sua participação na atividade, retornando a coleta de dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou então, desistir.

O material coletado durante a atividade poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, destacamos que, mesmo com os cuidados necessários tomados pelos pesquisadores, há a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Este mesmo material ficará em posse da pesquisadora por cinco anos, e após será destruído.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em periódicos científicos, congressos ou outras atividades de caráter acadêmico, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa decorrente da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Este documento será redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a, pois é um documento que apresenta informações importantes de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. A recusa ou desistência da participação do estudo não terá nenhuma penalização ou qualquer tipo de dano ou desconforto. O aceite implica em assinatura do Termo de Confidencialidade que também será entregue a você. Os aspectos éticos e a

confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a professora Roberta Costa pelo e-mail: roberta.costa@ufsc.br e/ou com a pesquisadora Franciane Zabloski Vieira pelo telefone: (41) 99801-1731, e-mail: fzcancela@gmail.com.

Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC) pelo telefone (48) 3721-6094 e/ou e-mail: propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88.040-400.

Fui informado(a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada ADAPTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL”. Estou ciente também de que estou recebendo uma via deste termo de consentimento assinada pelos pesquisadores e que resguardo as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas. Também concordo com a divulgação pública dos resultados, garantindo o anonimato.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE 3 – BANNER



ANEXOS

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO NA VERSÃO EM PORTUGUÊS

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



1 Na Admissão	
<p>A mãe tem de ser transferida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, organizada</p>	<p>Verificar os critérios da unidade de saúde</p>
<p>Partograma iniciado?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, inicia a partir de ≥ 4cm</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Começa a registar no partograma quando o cérvix for ≥ 4 cm, depois o cérvix deve dilatar ≥ 1 cm/h</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cada 30 min: registar FC, contrações, FC fetal • A cada 2 h: registar a temperatura • A cada 4 h: registar TA
<p>A mãe precisa de tomar:</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p>Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sulfato de magnésio administrado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, anti-hipertensivo administrado</p>	<p>Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento</p> <p>Dar antibiótico à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • História de corrimento vaginal fétido • Rotura de membranas > 18 h <p>Administrar sulfato de magnésio à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+ • A TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica <p>Administrar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica for > 160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg
<p><input type="checkbox"/> Confirmar se existe material para limpar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Encorajar a presença do acompanhante no parto.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Confirmar que a mãe ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário.</p>	<p>Pedir ajuda, se houver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dor abdominal grave • Dor de cabeça forte ou distúrbio visual • Incapacidade de urinar • Necessidade de fazer força

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Anotações e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety

WHO/HS/SDS/2015.26
 © Organização Mundial da Saúde 2017. Alguns direitos reservados.
 Este trabalho é disponibilizado sob licença de CC BY-NC-SA 3.0 IGO:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

ANTES DO PARTO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



2

Antes da expulsão (ou antes da cesariana)

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento
Administrar antibióticos à mãe, na presença de:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- História de corrimento vaginal fétido
- Ruptura de membranas >18 horas
- Cesariana

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, sulfato de magnésio administrado
 Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica >160 mmHg
• Objectivo: manter TA $<150/100$ mmHg

Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:

Para a mãe

- Luvas
 Desinfectante de mãos à base de álcool ou água limpa e sabão
 Oxitocina 10 unidades na seringa

Preparar cuidados à mãe, logo a seguir ao parto: Confirmar que só há um bebé (não mais)

1. Dar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto
2. Retirar a placenta 1-3 minutos após o parto
3. Massajar o útero depois da placenta sair
4. Confirmar que o útero está contraído

Para o bebé

- Toalha limpa
 Lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical
 Dispositivo de aspiração
 Balão e máscara

Preparar cuidados ao bebé, logo a seguir ao parto:

1. Secar o bebé e mantê-lo quente
2. Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas
3. Se continuar a não respirar:
 - laquear e cortar o cordão
 - desobstruir as vias aéreas, se necessário
 - ventilar com balão e máscara
 - gritar por socorro

- Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

APÓS O PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



3 Logo após o parto (no espaço de 1 hora)	
<p>A mãe tem sangramento anormal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, pedir ajuda</p>	<p>Se sangramento anormal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massajar o útero • Considerar mais uterotônico • Iniciar fluidos IV e manter a mãe quente • Tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina
<p>A mãe precisa de tomar:</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p>Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sulfato de magnésio administrado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado</p>	<p>Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da mãe for $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e se tiver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tremores • Corrimento vaginal fétido <p>Se a mãe tiver laceração do períneo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infecção</p> <p>Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+ • TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica <p>Dar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica >160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivo: manter a TA $<150/100$ mmHg
<p>O bebé precisa de:</p> <p>Transferência?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, efectivada</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p>Cuidados especiais e monitorização?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, organizados</p>	<p>Verificar os critérios da sua unidade de saúde.</p> <p>Dar antibióticos ao bebé, se tiverem sido dados antibióticos à mãe para tratamento de uma infecção materna durante o parto ou se o bebé tiver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência respiratória $>60/\text{min}$ ou $<30/\text{min}$ • Retração torácica, gemidos ou convulsões • Reacção lenta aos estímulos • Temperatura do bebé $<35^{\circ}\text{C}$ (não subindo após aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$ <p>Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro de mais de um mês • Peso à nascença <2500 gramas • Precisar de antibióticos • Precisar de reanimação
<p><input type="checkbox"/> Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).</p>	
<p><input type="checkbox"/> Confirmar que a mãe / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.</p>	

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

APÓS O PARTO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



4 Antes da alta	
<input type="checkbox"/> Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.	
A mãe precisa de tomar antibióticos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, administrar e adiar a alta	Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se: • Temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Corrimento vaginal fétido
A tensão arterial da mãe é normal? <input type="checkbox"/> Não, tratar e adiar a alta <input type="checkbox"/> Sim	Dar sulfato de magnésio à mãe, se: • TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+ • TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+ e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica >160 mmHg • Objectivo: manter a TA $<150/100$ mmHg
A mãe tem sangramento anormal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tratar e adiar a alta	Se pulsação >110 batimentos por minuto e tensão arterial <90 mmHg • Dar fluidos IV e manter a mãe quente • Tratar a causa (choque hipovolémico)
O bebé precisa de tomar antibióticos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais	Dar antibióticos ao bebé, se: • Frequência respiratória $>60/\text{min}$ ou $<30/\text{min}$ • Retracção torácica, gemidos ou convulsões • Reacção lenta aos estímulos • Temperatura do bebé $<35^{\circ}\text{C}$ (não subindo depois de aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Deixou de mamar bem • Vermelhidão do umbigo estendendo-se à pele ou deitando pus
O bebé come bem? <input type="checkbox"/> Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.	
<input type="checkbox"/> Marcar consulta de seguimento e confirmar que a mãe/acompanhante procurarão ajuda, se surgirem sinais de perigo após a alta.	
Sinais de Perigo	
A mãe tem: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dor abdominal grave • Forte dor de cabeça ou distúrbio visual • Respiração difícil • Febre ou tremores • Dificuldade em urinar • Dor epigástrica 	O bebé tem: <ul style="list-style-type: none"> • Respiração acelerada/difícil • Febre • Frio anormal • Falta de apetite • Menos actividade do que o normal • Amarelecimento de todo o corpo

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

ANEXO B - RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 46/2019/CPG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ÓRGÃOS DELIBERATIVOS CENTRAIS
CÂMARA DE PÓS-GRADUAÇÃO

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 46/2019/CPG, DE 27 DE JUNHO DE 2019.

Dispõe sobre os procedimentos para elaboração e depósito dos trabalhos de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado na Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

A PRESIDENTE DA CÂMARA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, no uso de suas atribuições estatutárias, considerando a deliberação do plenário, em sessão realizada em 27 de junho de 2019, conforme Parecer N.º 114/2019/CPG, constante dos autos do Processo nº 23080.021413/2019-07,

RESOLVE:

APROVAR os procedimentos para elaboração e depósito dos trabalhos de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

CAPÍTULO I

DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM NÍVEL DE MESTRADO E DE DOUTORADO NA UFSC

Art. 1º A elaboração do trabalho de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado na UFSC deverá atender aos critérios e procedimentos estabelecidos nesta resolução normativa e em diretrizes estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e pelos Programas de Pós-Graduação.

Art. 2º Todo trabalho de conclusão de curso, em nível de mestrado e de doutorado, defendido em programa de pós-graduação da UFSC, mesmo que em cotutela, é caracterizado como depósito legal e, portanto, deverá ser, obrigatoriamente, depositado *on-line* na Biblioteca Universitária da UFSC.

Art. 3º Os trabalhos de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado de Programas de Pós-Graduação da UFSC serão disponibilizados exclusivamente em formato digital.

CAPÍTULO II

DA ELABORAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM NÍVEL DE MESTRADO E DOUTORADO

Art. 4º O trabalho de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado deverá ser apresentado no tamanho A4, de acordo com as normas de informação e de documentação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigentes, conforme tutorial disponibilizado pela Biblioteca Universitária (BU/UFSC).

§1º O Programa de Pós-Graduação possui autonomia para definição de outros formatos para o trabalho de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado, desde que regulamentado pelo programa e homologado pela Câmara de Pós-Graduação (CPG).

§2º O trabalho de conclusão do curso, independentemente do formato, deverá conter, no mínimo, os seguintes elementos:

- I. Elementos pré-textuais: Capa; Folha de rosto; Folha de certificação da versão final; Resumo na língua portuguesa; Resumo em língua inglesa; Sumário;
- II. Elementos textuais: Introdução; Desenvolvimento; Conclusão;
- III. Elementos pós-Textuais: Referências.

§3º A capa do trabalho de conclusão deverá seguir o modelo disponibilizado pela BU/UFSC.

§4º O trabalho de conclusão deverá conter, no verso da folha de rosto, a ficha de identificação da obra (elaborada por meio de formulário disponível no site da BU/UFSC) ou ficha catalográfica devidamente elaborada por um bibliotecário.

§5º O trabalho de conclusão deverá ser assinado digitalmente pelo orientador e pelo coordenador do Programa com certificado digital válido emitido por uma das Autoridades Certificadoras.

§6º A folha de certificação da versão final do trabalho de conclusão, em substituição à folha de aprovação, deverá constar as assinaturas eletrônicas conforme modelo disponibilizado pela BU/UFSC.

§7º O trabalho de conclusão do curso que contiver conteúdos já publicados deverá respeitar as políticas editoriais de direitos autorais.

Art. 5º Os trabalhos de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado poderão ser redigidos em idioma estrangeiro, devendo conter, obrigatoriamente, um resumo em língua portuguesa e outro em língua inglesa.

CAPÍTULO III DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM NÍVEL DE Mestrado E DE DOUTORADO EM COTUTELA

Art. 6º Para a entrega de trabalho de conclusão de curso, desenvolvido em instituição estrangeira em regime de cotutela e defendido no exterior, será aceita a versão digital no formato estipulado pela instituição congênere.

Parágrafo Único. Para o trabalho de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado em cotutela, defendido na UFSC, a versão deverá ser elaborada em conformidade com o que dispõe esta resolução normativa.

CAPÍTULO IV DO DEPÓSITO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO NA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

Art. 7º O autor é responsável pela produção do trabalho de conclusão de curso e pelo depósito da versão final, certificada pelo orientador e pelo coordenador do Programa, em *Portable Document Format (PDF/A)*.

§1º O autor deverá seguir os procedimentos para depósito, disponibilizados pela BU/UFSC, caso contrário o depósito não será homologado.

§2º Em caso de restrição temporária do trabalho de conclusão de curso para fins de publicação de livro ou de artigo em periódico, o período de embargo é limitado em, no máximo, um ano.

§3º Quando aprovado o sigilo da defesa e a consequente prorrogação temporária da publicação do trabalho de conclusão de curso, o autor deverá informar o período de embargo concedido, de acordo com o parecer da Secretaria de Inovação (SINOVA) da UFSC.

§4º O estudante, o orientador e o coordenador são responsáveis por checar se o nome do autor e o título do trabalho correspondem exatamente com os dados informados no Controle Acadêmico da Pós-Graduação (CAPG).

§5º Os materiais adicionais pertinentes ao trabalho de conclusão de curso deverão ser depositados juntamente com o trabalho em arquivos separados.

§6º A Biblioteca Universitária tem até 15 dias úteis para a homologação do depósito, para que a Coordenadoria do Programa possa dar início ao processo de expedição do diploma.

Art. 8º O trabalho de conclusão de curso, uma vez depositado, não poderá mais ser retirado da Biblioteca Universitária, com exceção de pedidos de reedição do trabalho por questões de violação de direitos de imagem e/ou direitos autorais.

§1º O pedido de alteração do trabalho de conclusão de curso depositado na BU/UFSC deverá ser encaminhado à coordenação do respectivo Programa de Pós-Graduação e apreciado pela Câmara de Pós-Graduação.

§2º Nas situações de aceite da demanda do autor pela Câmara de Pós-Graduação, a Pró-Reitoria de Pós-Graduação deverá comunicar à BU/UFSC da decisão por processo digital via SPA, para que possa ser efetuada a substituição do trabalho na íntegra com novas assinaturas digitais.

§3º Para correções gráficas, contempladas por errata, é suficiente a comunicação do coordenador do programa de pós-graduação por processo digital, via Sistema de Processos Administrativos (SPA), à BU/UFSC, juntamente com o envio do documento de errata para ser disponibilizado como material adicional ao trabalho de conclusão.

Art. 9º A utilização do nome social para identificação no trabalho de conclusão de curso deverá ser precedida de solicitação de alteração do cadastro acadêmico do autor, mediante os procedimentos definidos pela UFSC.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. Os casos omissos serão apreciados pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação.

Art. 11. Esta Resolução Normativa entra em vigor para todos os depósitos que ocorrerem a partir de 1º de agosto de 2019, ficando revogada a Portaria Normativa Nº 1/PROPG/2018, de 09/03/2018, e as Resoluções Normativas Nº 14/2019/PROPG, de 11/04/2019, e Nº 17/2019/CPG, de 17/05/2019.

CRISTIANE DERANI

ANEXO C – PARECER CONSUSTANCIADO CEP 5833282

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65769922.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.833.282

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2058293 de 05/12/2022, preenchido pelos pesquisadores

Com o objetivo de implementar a lista de verificação de parto seguro da OMS em um centro obstétrico de alto risco do sul do Brasil, será realizada pesquisa de intervenção, fundamentada nos pressupostos da pesquisa-ação. A pesquisa será desenvolvida de forma coletiva com os profissionais que compõe o Grupo de Trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro da Instituição. Será realizada uma revisão integrativa da literatura e grupos focais com os profissionais de saúde. Serão desenvolvidos grupos focais com os profissionais que compõe o Grupo de Trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro da Instituição. Serão convidados a participar do estudo os integrantes do Grupo de Trabalho (n=7) para adaptação da lista de verificação de parto seguro da Instituição e as enfermeiras que atuam na triagem obstétrica, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto (n=18). Os profissionais serão convidados a participar dos grupos focais através da plataforma Teams. Critério de Inclusão: ser profissional do Grupo de Trabalho para adaptação da lista de verificação de parto seguro no HU-UFSCEBSERH e/ou enfermeira que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico ou alojamento conjunto da referida instituição. Critério de Exclusão: profissionais que estiverem em férias ou ausentes do serviço por

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.853.282

qualquer tipo de afastamento no momento da coleta de dados.

A análise dos dados será realizada a partir da gravação dos grupos focais e dos encontros para instrumentalização dos enfermeiros, após a transcrição dos áudios que constituirão o corpus para análise dos dados. O tratamento dos dados será através da Análise de Conteúdo de Bardin com auxílio do software Iramutec.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisadores:

"Implementar a lista de verificação de parto seguro da Organização Mundial de Saúde em uma maternidade de alto risco do sul do Brasil."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadores:

Riscos: Desconforto no local de aplicação da técnica de grupo focal, no momento das falas, constrangimento, timidez; Assim será disponibilizado um local acolhedor para o desenvolvimento dos grupos focais como medidas de prevenção ou minimização dos riscos aos participantes.

Benefícios: Conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações e segurança da mãe e bebê em todo o percurso feito dentro da instituição hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 05/12/2022 e TCLE 05/12/2022) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Lembramos aos senhores pesquisadores que o CEP/SH/UFSC deverá receber, por meio de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.833.282

notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2058293.pdf	05/12/2022 21:13:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_profissional.pdf	05/12/2022 21:13:02	Roberta Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaanuenciaHU_Fran.pdf	05/12/2022 21:11:08	Roberta Costa	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Fran_assinado.pdf	05/12/2022 21:10:37	Roberta Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2022 14:07:12	FRANCIANE ZABLOSKI VIEIRA	Aceito
Orçamento	Materiais_de_consumo.pdf	05/12/2022 14:07:02	FRANCIANE ZABLOSKI VIEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_DESENVOLVIMENTO.pdf	05/12/2022 14:06:26	FRANCIANE ZABLOSKI VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br