



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

U F *m* G
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC/UFPB
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

ADRIANA GONÇALVES DE BARROS

**IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST PARTO SEGURO: QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO**

João Pessoa - Paraíba

2017

ADRIANA GONÇALVES DE BARROS

**IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST PARTO SEGURO: QUALIFICAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha – CEEO (UFPB), do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal Federal da Paraíba, em parceria com com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em enfermagem obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Medeiros

João Pessoa - Paraíba

2017



Dedico este trabalho à todas as mulheres geradoras de vidas, Deusas-Mãe, Deusas Divinas. Dedico às mulheres que, por qualquer motivo, não geram vida, mas também são Deusas Divinas. Dedico às mulheres Deusas de suas vidas, por sua grandeza, beleza, bravura e doçura. Dedico às todas que representam a força e delicadeza do sagrado feminino. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Ao iniciarmos uma caminhada nos deparamos com vários obstáculos. Nesse percurso nos desesperamos muitas vezes, pois achamos que os empecilhos sobrepõem a nossa força e coragem. No entanto, trazemos a dádiva de termos em nossas vidas anjos enviados por Deus para nos proteger, amparar e amar. Portanto, agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos derramadas e pelos anjos que pôs em meu caminho...

Aos primeiros anjos, meu pai **João Carlos** (*in memória*) e minha mãe **Sandra Maria Gonçalves**, agradeço pelo amor incondicional e por toda confiança e coragem que iluminaram meus passos em direção a mais essa conquista.

Agradeço a toda minha **família** pelo alicerce que me sustentou nos momentos de fraqueza e dificuldade.

Aos **meus amigos e colegas de trabalho**, que ao longo desse tempo caminharam junto comigo, contribuindo e me apoiando na conclusão desse curso.

À minha orientadora, **Profª Drª Ana Lúcia de Medeiros**, que contribuiu para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional, a qual também é uma grande amiga com a qual pude contar nos momentos de dúvidas e incertezas.

À **Profa. Dra. Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas** e à **Profa. Dra. Edilene de Araújo Monteiro**, agradeço pela coragem, dedicação, empreendedorismo e por todos os benefícios proporcionados às mulheres que pudemos assistir e que ainda assistiremos enquanto enfermeiras obstétricas. Obrigada por dividir esse sonho conosco!

Por fim, espero ser sempre capaz de caminhar nessa longa estrada da vida, de caminhos às vezes tortuosos, traçando metas e realizações, sempre de mãos dadas com a perseverança.



“Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver” (Dalai Lama).

BARROS, A. G. **Implementação do Checklist Parto Seguro**: qualificação da assistência em sala de parto. 2017. 45f. Projeto de intervenção (Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/ Rede Cegonha/ EEUFMG) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2017.

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção que objetivou implementar o uso do Checklist do Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde (OMS) na sala de parto do Hospital Universitário no município de João Pessoa-PB. O público alvo principal dessa intervenção foram as gestantes de risco habitual que estiveram em trabalho de parto e, como público secundário, os profissionais de saúde que prestaram cuidados na sala de parto. A implementação do projeto de intervenção se iniciou em julho de 2017 com reuniões com a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição e com a equipe atuante em sala de parto, para apresentação e treinamento de uso do Checklist e, posteriormente, em julho de 2017 com a aplicação do instrumento pelos profissionais da sala de parto, com supervisão da proponente do projeto e do Núcleo de Segurança do Paciente. Na avaliação, os profissionais que utilizaram o Checklist foram convidados para participar voluntariamente do projeto, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder a quatro questões norteadoras. No total, foram entrevistados 17 profissionais de enfermagem que atuam em sala de parto e que utilizaram o Checklist. O tratamento dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu os princípios éticos e legais sendo realizada mediante aprovação no comitê de ética e pesquisa da Fundação Universidade de Tocantins, sob o parecer nº 2.311.594 e CAAE 67150017.8.3004.5519. Dentre os resultados alcançados, está a aplicação do Checklist em 137 partos normais e a instituição do mesmo como rotina em sala de parto, sendo anexado ao prontuário da mulher após seu preenchimento. Além disso, os profissionais entrevistados reconheceram o uso do Checklist Parto Seguro da OMS, como uma ferramenta que melhora a assistência ao parto, a medida que minimiza possíveis esquecimentos e também sistematiza o cuidado.

Palavras-chave: segurança do paciente, salas de parto, tomada de decisões.

BARROS, A. G. **Implementation of the Safe Childbirth Checklist:** qualification of childbirth care. 2017. 45f. Intervention Project (Specialization Course in Obstetric Nursing / Stork Network / EEUFMG) - Nucleus of Studies in Collective Health, Federal University of Paraíba, João Pessoa-PB, 2017

ABSTRACT

It is an intervention project that aimed to implement the use of the World Health Organization (WHO) Safe Childbirth Checklist in the delivery room of the University Hospital in the city of João Pessoa-PB. The main target audience for this intervention were pregnant women at usual risk who were in labor and, as a secondary public, health professionals who provided care in the delivery room. The implementation of the intervention project began in July 2017 with meetings with the team of the Patient Safety Center of the institution and with the staff in the delivery room, for presentation and training of use of the Checklist and, later, in July 2017 with the application of the instrument by the professionals of the delivery room, supervised by the project proponent and the Patient Safety Center. In the evaluation, the professionals who used the Checklist were invited to voluntarily participate in the project, signing the Informed Consent Form and answering four guiding questions. In total, 17 nurses who worked in the delivery room and who used the Checklist were interviewed. The data was processed using the Bardin Content Analysis. The research followed the ethical and legal principles being carried out by approval in the ethics and research committee of the University of Tocantins Foundation, under the no. 2,311,594 and CAAE 67150017.8.3004.5519. Among the results achieved is the application of the Checklist in 137 normal deliveries and the institution of the same as a routine in the delivery room, being attached to the woman's chart after filling. In addition, the professionals interviewed acknowledged the use of the WHO Safe Childbirth Checklist as a tool that improves childbirth care as it minimizes possible forgetfulness and also systematizes care.

Key words: patient safety, delivery rooms, decision making.

SUMÁRIO

1. Contextualização.....	8
2. Apresentação do serviço.....	10
3. Jusificativa: diagnóstico situacional e perspectivas.....	13
4. Referencial teórico-político.....	28
5. Objetivos.....	30
6. Metas.....	31
7. Estratégias metodológicas.....	32
8. Resultados alcançados.....	35
9. Avaliação das metas e perspectivas futuras.....	38
Referências.....	40
Apêndices.....	42
Anexo.....	45

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde tem ocupado cada vez mais espaço nas agendas nacional e internacional e nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde. Nas últimas três décadas, muitos estudos sobre os riscos aos quais os pacientes são expostos durante a assistência à saúde foram realizados e a segurança do paciente vem sendo apontada como um desafio à saúde pública (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; SILVA et al., 2016). Estes riscos, quando não tratados e mitigados, podem se concretizar na forma de incidentes em saúde.

Nesse sentido, segurança do paciente é considerada uma dimensão da qualidade da assistência, sendo definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), incidente em saúde é definido como uma circunstância que tem potencial para causar danos aos pacientes. Pode ser classificada como ocorrência comunicável (*reportable circumstance*) – situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente; quase evento (*near miss*) - situação que poderia atingir o paciente, causando danos ou não, mas foi interceptada antes de chegar ao paciente, podendo também ser denominada de potencial evento adverso; incidente sem dano (*no harm incident*) e incidente com dano (*harmful incident*), também denominado evento adverso (*adverse event*) (WHO, 2009; PORTUGAL, 2011).

No mundo, as mortes maternas e dos recém-nascidos normalmente ocorrem 24 horas após o parto, sendo que boa parte dessas mortes ocorrem por causas evitáveis, muitas vezes ligadas à má qualidade dos cuidados. Dentre as principais causas estão a hemorragia pós-parto, infecção, trabalho de parto obstruído, pré-eclâmpsia e asfixia ao nascer.

Para auxiliar profissionais de saúde e formuladores de políticas na redução da mortalidade perinatal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou uma lista de verificação e diretrizes (checklist) que orienta o parto seguro. O documento tem quatro pontos principais, que correspondem a períodos-chave na atenção à mãe e ao bebê: quando a mãe é admitida, antes de iniciar o trabalho de parto normal (ou antes da cesariana), uma hora após o nascimento e antes de mãe e bebê receberem alta (WHO, 2017).

Esse checklist de parto seguro da OMS foi construído a partir da consultoria de seguradoras de saúde, experts em segurança do paciente, especialistas em cuidados do recém-nascido e de parturientes, além de pacientes ao redor do mundo, sendo usado em plano piloto em nove países da África e da Ásia, com resultados significativos.

Dessa forma, compreendendo que a prestação de assistência inadequada pode ser altamente danosa e letal, a equipe de enfermagem da Clínica Obstétrica do HULW, em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente, tem buscado estratégias para melhoria e aperfeiçoamento do cuidado. Assim, foi proposta a implementação do Checklist Parto Seguro da OMS, com o intuito de ajudar os profissionais de saúde a seguirem os padrões de cuidados essenciais para cada nascimento.

2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é o hospital - escola da Universidade Federal da Paraíba, autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação, sendo parte integrante e inseparável destes, fundado em 1980 e situado no Campus Universitário I, bairro Castelo Branco, no município de João Pessoa. O HULW representa estrutura de saúde de referência para o estado da Paraíba. Polariza atendimento para todos os municípios do Estado, sendo referência para atenção ambulatorial especializada.

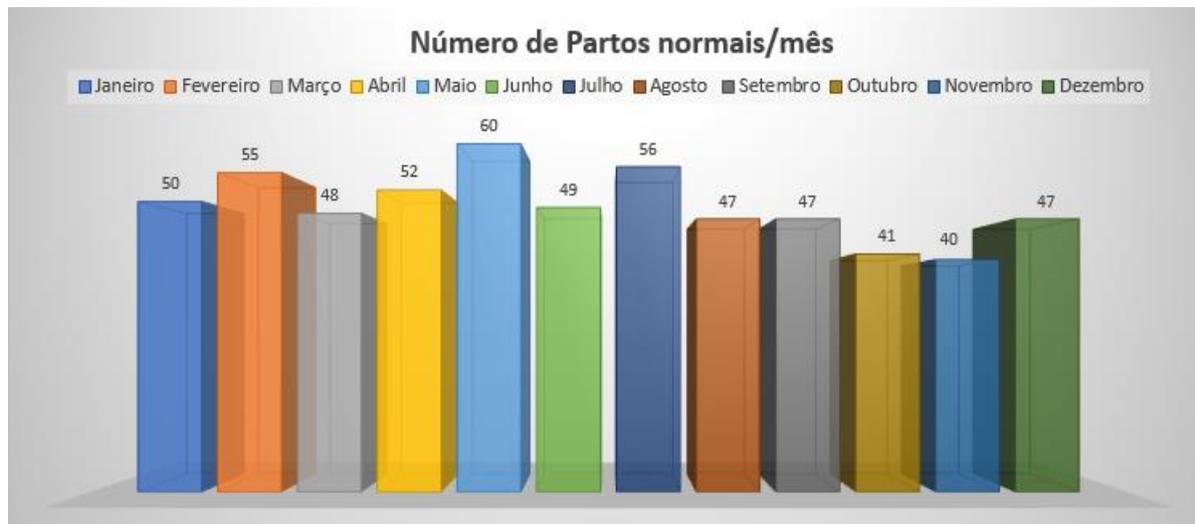
O HULW conta com cerca de 1.100 servidores, possui 220 leitos, 80 consultórios médicos, e realiza 20 mil atendimentos e 250 cirurgias por mês. Têm a capacidade de realizar 50 mil exames por mês, possui 10 laboratórios e realiza 700 internações mensais.

Dentre os serviços assistenciais ofertados pelo HULW está o de Obstetrícia, composto por equipe de enfermeiros assistenciais, enfermeiros obstétricos, técnicos de enfermagem, médicos obstetras, médicos neonatologistas, residentes médicos, psicólogo e assistente social.

Atualmente, a Clínica Obstétrica funciona no 7º andar da instituição, possuindo 20 leitos cadastrados no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), para atender às demandas de gestantes em tratamento clínico, parturientes e alojamento conjunto. Todavia, devido à grande carência de leitos obstétricos no Estado da Paraíba, a Unidade vem enfrentando desde o início do ano de 2017 uma situação de grande procura, que culminou na abertura de 08 leitos extraoficiais (ainda não cadastrados no AGHU), resultando em um quantitativo fixo de 28 leitos de internamento, além de uma demanda média de 05 leitos extras no corredor.

Referente à estatística da Obstetrícia do HULW em 2016, ocorreram 1.230 nascimentos/ano, dos quais 592 foram partos normais. O quantitativo de partos normais/mês pode ser visualizado no gráfico 1.

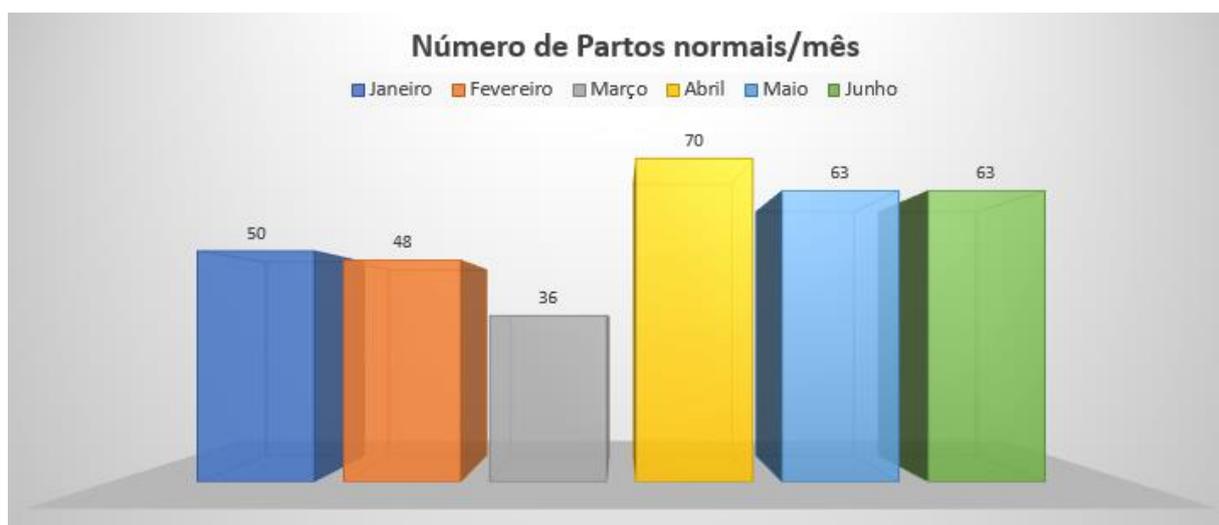
Gráfico 1: Distribuição do número de partos segundo mês, ocorridos na Clínica Obstétrica do HULW. João Pessoa, 2016.



Fonte: estatística da Clínica Obstétrica, 2016.

Concernente ao primeiro semestre de 2017, ocorreram até então 713 nascimentos, dos quais 330 foram partos normais, como pode ser observado no gráfico 2:

Gráfico 2: Número de partos normais/mês de janeiro a junho de 2017.



Fonte: estatística da Clínica Obstétrica, 2017.

A Clínica Obstétrica está cadastrada no CNES como um serviço de média e alta complexidade, sendo referência no município de João Pessoa para atendimento

de gestantes de alto risco (hipertensão, diabetes, HIV e outras comorbidades), além de absorver a demanda de risco habitual, funcionando com os seguintes sítios de atuação:

1. **Triagem obstétrica (porta aberta de atendimento):** a qual atende toda demanda externa para avaliação clínica e urgências;
2. **Sala de parto:** utilizada para assistência ao parto normal;
3. **Clínica de alto risco:** atendendo às gestantes que necessitam de internamento para tratamento clínico;
4. **Alojamento conjunto:** destinado para permanência do binômio mãe-bebê;
5. **Posto de coleta de leite humano:** corresponde a uma extensão do Banco de Leite Humano Anita Cabral (referência estadual), sendo destinado ao atendimento de pacientes internas, funcionárias da instituição e mulheres da comunidade em geral, para apoio, manejo clínico e promoção do aleitamento materno, além da captação de doação de leite humano.

Todavia, observa-se que a crescente demanda de pacientes com consequente sobrecarga de trabalho, falta de estrutura física adequada e equipe de enfermagem fora dos padrões de dimensionamento conforme resolução COFEN nº 0543/ 2017, tem comprometido a rotina de trabalho dos profissionais fazendo com que estes, por vezes, posterguem ou negligenciem cuidados básicos tais como aferição de pressão arterial logo após o parto, verificação de sangramento uma hora após o parto, entre outros. Tais ações estão diretamente relacionadas com a ocorrência de eventos adversos.

3. JUSTIFICATIVA: diagnóstico situacional e perspectivas

A priori, destaca-se que o desenvolvimento do projeto de intervenção constitui-se numa exigência do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0), com o intuito de promover mudanças no modelo de atenção materno-infantil. Nesse ensejo, a escolha do problema a ser trabalhado por meio do projeto de intervenção se deu, inicialmente, a partir da análise situacional da instituição, realizada no mês de janeiro de 2017, na qual foram atribuídas notas de zero (0) a cinco (5), onde 0 representa itens que não foram implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do ideal. A referida análise situacional, pode ser visualizada abaixo, no quadro 1.

Quadro 1: Análise situacional da maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley, 2017.

Diretrizes	Parâmetros	Situação atual e nota avaliativa	Dificuldades enfrentadas
Diretriz: COGESTÃO			
Gestão colegiada e participativa	Colegiado gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados	Existe um colegiado gestor implementado no serviço, do qual fazem parte as chefias da instituição, todavia se desconhece o plano e metodologia de trabalho pactuados. (3)	Não há participação dos representantes setoriais no planejamento e decisões do colegiado gestor do serviço. Os planos e acordos firmados entre o colegiado gestor da instituição são apenas repassados de forma verticalizada e hierárquica.
	Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores	Se desconhece agenda ativa do colegiado gestor do serviço. Já o colegiado gestor setorial possui agenda de reuniões mensais. (3)	
	Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a equipe	Os encontros do colegiado gestor do serviço são compostos apenas por membros das chefias, as quais são predominantemente médicas. Já os encontros e planejamento do colegiado gestor setorial contam com representantes da	

		enfermagem, neonatologia, obstetrícia, nutrição, serviço social e psicologia. (3)	
	Contratos internos de gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas	Se desconhece os contratos internos e metas do colegiado gestor do serviço. Em relação ao colegiado gestor setorial, os contratos internos são firmados em reuniões e repassados para demais membros das equipes. (3)	
	Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho	Se desconhece esses espaços e agendas do colegiado gestor do serviço. Quanto ao colegiado gestor setorial, ao final do semestre há reunião para analisar as metas alcançadas, dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho. (3)	
Gestão participativa aos usuários	Conselhos ativos	Desconhecidos. (0)	No concernente à ouvidoria, esta é subutilizada para registros de queixas, não se percebendo retorno positivo para o serviço. A escassez de pesquisas de satisfação deixa uma lacuna importante no que se refere à análise e reflexão da qualidade do cuidado ofertado pelas equipes.
	Ouvidoria	Funciona mais como mecanismo para reclamações e queixas. (2)	
	Pesquisas de satisfação de usuários	A última pesquisa realizada ocorreu 2014. (1)	
	Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento	A ouvidoria funciona mais como mecanismo para reclamações e queixas, não refletindo em melhorias para o serviço. (0)	

Diretriz: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO			
Acolhimento	Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos	O projeto de acolhimento existente é geral para todo hospital. Não existe um projeto específico para obstetrícia. (0)	Inexistência de um Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) específico para obstetrícia. Os profissionais do setor não foram treinados para realização do ACR.
	Realização de ACR na porta de entrada 24h por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para obstetrícia	O ACR existente na instituição é geral para o serviço e não funciona à noite e nem em finais de semana e feriados. (0)	
	Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida	Se desconhece o tempo de espera das gestantes para serem atendidas no ACR. Ao chegarem no setor, o tempo de espera varia de acordo com a classificação de risco atribuída, quantidade de pacientes em espera e presença do residente de obstetrícia na triagem para atendimento. (1)	
Acolhimento e classificação de risco	O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo	O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo. (5)	
Estratégias de comunicação para com os usuários	Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários	Inexistente (0)	
	% de mulheres com parto realizado no primeiro serviço	Não possuímos esse controle de dados (0)	

“Vaga sempre” para a gestante e o recém-nascido (RN)	% de mulheres que foram transferidas de outro serviço	Não possuímos esse controle de dados em %. Contudo observa-se rotineiramente o internamento de pacientes transferidas de outros serviços, as quais muitas vezes, são internas apenas para tratamento clínico. (0)	Observa-se maior frequência de internamentos de pacientes advindas de outros serviços do que tentativas de transferências. Tal fato culmina, muitas vezes, em superlotação, com leitos e macas em corredores.
	% de mulheres que foram transferidas deste serviço	As tentativas de transferência são escassas. Cotidianamente observa-se a preferência por internações extra no corredor, sem tentativas de transferência para outros serviços (1)	Ressalta-se que frequentemente são internas gestantes para tratamentos clínicos, cujas causas não são obstétricas, o que gera ocupação de leitos da obstetrícia por longa permanência e falta de leitos adequados para atender parturientes e, conseqüentemente, seus recém-nascidos.
	% de RN do serviço encaminhado para a UTI neonatal própria ou referenciada	Não possuímos esse controle de dados (0)	
	% de RN encaminhado para UTI neonatal de outro serviço	Não possuímos esse controle de dados (0)	
Trabalho compartilhado em equipe multiprofissional	Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado	Existência de equipe multiprofissional no serviço. Contudo, articulação deficiente entre as equipes clínicas. (3)	A deficiência de comunicação e articulação entre as equipes (em especial a equipe médica com as demais) fragiliza a qualidade do cuidado ofertado às usuárias e seus RNs. Compartilhamento precário de decisões clínicas, sendo corriqueiro a equipe de enfermagem não ser informada de
	PTS elaborado pela equipe	Inexistente (0)	
	Reuniões regulares de discussão de casos	As reuniões existem apenas entre as equipes médicas (1)	
	Ronda compartilhada	Inexistente (0)	
	Prontuário integrado	Inexistente. Modelo tradicional de prontuário utilizado. (0)	

			algumas condutas médicas.
Equipe horizontal de cuidado	Equipe de diarista (mínimo de 4h dia) na rotina acompanhando as internações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão	Existência dos seguintes diaristas em regime de 6h: enfermeira obstétrica, médico neonatologista, médico obstetra. (5)	Não foram detectadas dificuldades
Direito ao acompanhante	Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido	Todas as pacientes têm direito ao acompanhante de livre escolha. (5)	
	% de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	100% das pacientes. (5)	
Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na unidade neonatal	Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso	Existente. (5)	Não foram detectadas dificuldades
	% de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h	100% dos RNs. (5)	
Comitê de aleitamento materno	Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento.	Existência de Comitê de Aleitamento ativo. (5)	
Comissão de discussão interna das mortes maternas, infantis e fetais	Comissão ou núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento	Existência de comitê interno para investigação das mortes maternas, infantis e fetais. (5)	Foram encontradas dificuldades em ter acesso ao número de mortes maternas, infantis e fetais. Contactou-se o setor de epidemiologia da instituição, o qual apenas nos forneceu o número de óbitos maternos.
	% de óbitos maternos investigados	Em 2016 houve 1 (um) óbito materno investigado. (5)	
	% de óbitos infantis investigados	Em 2016 ocorreram 11 óbitos neonatais e 3 óbitos infantis.	

		Todavia não conseguimos saber se todos esses óbitos foram investigados. (0)	Necessidade de melhoria da estatística do setor e banco de dados.
Diretriz: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
Vinculação da gestante à maternidade de referência	Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência	Vide documento do anexo I. (4)	Existência de vinculação de Unidades de Atenção Básica ao serviço de pré-natal e maternidade do serviço. Contudo, essa vinculação nem sempre é respeitada, visto que pacientes de outras unidades não vinculadas são atendidas no serviço. A falta de protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade muitas vezes dificulta o entendimento de como funciona o serviço e adesão às normas e rotinas da instituição.
	Mecanismo de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; adolescentes, deficiência, má formação)	Desconhecido. (0)	
	Alta responsável: documentos e orientações para a mulher e família (ex: caderneta; relatório de alta; agendamento; cuidado compartilhado e AB para os RN de risco)	Realizado. (5)	
	Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade	Inexistente. (0)	
	% de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré-natal.	Inexistente. (0)	
Diretriz: ATUAÇÃO DA (O) ENFERMEIRA (O) OBSTÉTRICA (O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA			
	Assistência a gestantes e familiares no PNRH, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas	As gestantes possuem apenas duas consultas de pré-natal com as enfermeiras do serviço, o que dificulta a tomada de decisões clínicas durante o curso do	

<p>Enfermeiras (os) obstétricas (os) na assistência às mulheres, seus recém-nascidos e família, no pré-natal, parto e puerpério</p>		período gestacional. (1)	Necessidade de mais consultas de pré-natal realizadas pelas enfermeiras.
	Identificação das gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificados como de alto risco e encaminhamento para consulta médica e, se necessário equipe multidisciplinar	A primeira consulta é realizada com as enfermeiras do serviço, as quais, ao identificarem qualquer sinal de alarme, encaminham a gestante imediatamente para consulta médica e, se necessário equipe multidisciplinar. (5)	
	Assistência às gestantes e familiares no PNAR juntamente com o médico e equipe multidisciplinar	Apenas a primeira consulta é realizada pela enfermeira. As demais consultas do PNAR são realizadas pelo médico, que é responsável pelas decisões clínicas. (1)	
	Estímulo à mulher quanto ao conhecimento sobre o seu corpo e compreensão das alterações ocorridas de forma que ela possa atuar de maneira mais consciente no seu gestar	Sim. (5)	
	Realização de anamnese, para obter história clínica específica da mulher	Sim. (5)	
	Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distócia	Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distócia realizada apenas pelo médico obstetra. (0)	
	Registro e interpretação dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ex:partograma)	São realizados registros acerca dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, no entanto o preenchimento do	
			Pouca autonomia dos enfermeiros e hegemonia médica nas tomadas de condutas clínicas. Por se tratar de um hospital universitário percebe-se que a predileção para atendimento, internação e assistência ao parto de nascimento sejam sempre dos médicos residentes.

		partograma é unicamente “função” do residente médico de obstetrícia. (3)	
	Assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para tomada de condutas clínicas	É prestada assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, contudo as enfermeiras não possuem autonomia para tomada de condutas clínicas. (2)	
	Assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe clínica	É prestada assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, todavia não há compartilhamento entre o médico obstetra e equipe multiprofissional para tomada de condutas clínicas. (2)	
	Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas	É prestada assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, contudo as enfermeiras não possuem autonomia para tomada de condutas clínicas. (2)	
	Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar	É prestada assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, no entanto não há compartilhamento entre o médico obstetra e equipe multiprofissional para tomada de condutas clínicas. (2)	
	Assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia), com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas	É prestada assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia), porém as enfermeiras atuam mais com partejadoras, sendo o nascimento assistido pelos obstetras e médicos	

		residentes. Não há autonomia da enfermagem para tomada de condutas clínicas. (1)	
	Identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra	A identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra está à cargo do médico residente. (0)	
	Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade ao nascer, no momento do parto, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas	É prestada assistência ao recém-nascido com boa vitalidade ao nascer, mas a enfermeira não tem autonomia para tomada de condutas clínicas, salvo em raras situações emergenciais nas quais o neonatologista ou residente não estejam presentes. (0)	
	Identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a chegada do pediatra	A identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a chegada do pediatra está à cargo do médico residente. (0)	
	Avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas	É realizada a avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, mas a responsabilidade para a tomada de decisões clínicas fica à cargo da equipe médica. (2)	
	Avaliação da puérpera de alto risco no Alojamento Conjunto, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar	É realizada a avaliação da puérpera de alto risco no Alojamento Conjunto, mas a responsabilidade para a tomada de decisões clínicas fica	

		à cargo da equipe médica. (2)	
	Incentivo, aconselhamento e ajuda prática no aleitamento materno	Realizado com todas as mulheres (5)	
	Avaliação do RN, incluindo o primeiro exame físico	O primeiro exame físico é realizado pelo residente de pediatria. (2)	
	Alta da puérpera de risco habitual	Todas as altas são efetuadas apenas pela equipe médica. (0)	
	Alta do RN, cuja mãe teve uma getação de risco habitual, que tenha nascido com boa vitalidade e mantido evolução fisiológica durante a internação	Todas as altas são efetuadas apenas pela equipe médica. (0)	
	Assistência às mulheres em situação de abortamento (identificação, apoio e orientações pós-abortamento)	Assistência prestada. (5)	
	% de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas	São raríssimos os normais assistidos por enfermeiras obstétricas. Rotineiramente as enfermeiras apenas partejam e prestam suporte durante o parto, sendo o nascimento assistido pela equipe médica. (0)	
	% de RNs assistidos por enfermeiras obstétricas	São raríssimos os RNs assistidos por enfermeiras obstétricas. Rotineiramente são assistidos pela equipe médica, atuando a enfermagem apenas como suporte. (0)	

Diretriz: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA			
Métodos não farmacológicos de manejo da dor	Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling e outros	A oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor é limitada, tendo em vista a inadequada estrutura física e escassez de recursos. (3)	A falta de recursos e inadequação da estrutura física dificultam o emprego de algumas técnicas de manejo de alívio da dor.
	% de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor	Ainda são poucas as mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. (3)	
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele	São utilizados. (5)	As práticas enraizadas da equipe médica dificultam a liberdade de posição que não sejam supina. Percebe-se que as mulheres não fazem questão de outras posições não supinas pois não são esclarecidas quanto à essa possibilidade pela equipe.
Parto em posição não supina	Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto	Não há estímulo, tendo em vista que a equipe médica não oferta outras posições que não sejam supina. (0)	
	% de mulheres com parto na posição não supina	Nenhuma em posição não supina. (0)	
Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto	Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto	São ofertados líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto. (5)	
	% de mulheres que receberam oferta de líquidos durante o trabalho de parto	São ofertados líquidos à todas as mulheres durante o trabalho de parto. (5)	
Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões	Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões	Não há enfermeiros obstetricos para cobertura de todos os plantões. Boa parte da equipe ainda é de enfermeiros assistenciais. (2)	

	Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH	Todas a admissões e AIHs são do médico. (0)	<p>A estrutura física do serviço não foi projetada para possuir espaços de convivência para as mães. Tal fato, colabora para maior ansiedade e estresse para as mães que necessitam passar longos períodos na maternidade para acompanhamento dos seus bebês.</p> <p>Serviço social deficiente, deixando a desejar em situações onde as mães necessitam de auxílio por não serem moradoras da capital.</p>
	% de partos normais realizados por enfermeiros obstetras	Os partos são realizados pelos médicos e residentes. Os enfermeiros atuam como suporte em sala de parto. (0)	
Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê	Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele	Existência de protocolo e contato pele a pele realizado em todos nascimentos cujos RNs possuam boa vitalidade. (5)	
	% de mulheres com contato pele a pele	Todas cujos RNs possuam boa vitalidade. (5)	
Amamentação na primeira hora de vida	Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele	Existência de protocolo e contato pele a pele realizado em todos nascimentos cujos RNs possuam boa vitalidade. (5)	
	% de RN com amamentação na primeira hora de vida	Todos os RNs nascidos em boas condições de vitalidade são amamentados na primeira meia hora de vida em sala de parto. (5)	
Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno	Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria	Realizado clampeamento, conforme indicação da portaria. (5)	
Cuidado progressivo neonatal	Espaço de convivência para as mães (sala de atividades, área de deambulação, grupos operativos) e espaço para mães da UCINca lavarem pequenas peças de roupas	Inexistente. (0)	

	Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade	É garantida a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar. No entanto, não há mecanismos que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade. (3)	A presença de Doula ainda se constitui em um tabu entre a equipe médica, a qual se mostra totalmente desfavorável.
Presença de Doula durante o trabalho de parto	Nº de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de parto	Inexistente. (0)	
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento	Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados	Inexistente. (0)	A falta de protocolo influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado.
	Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento	Realizado o cuidado imediato, mas sem orientação de um protocolo. (3)	
	Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento	Em alguns casos as mulheres são encaminhadas para acompanhamento ambulatorial na própria instituição. (2)	
	Nº de mulheres atendidas em situação de abortamento	Não possuímos esse dado. (0)	
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual	Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados	Inexistente. (0)	
	Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência	Realizado o cuidado imediato, mas sem orientação de um protocolo. (3)	

	Nº de mulheres em situação de violência atendidas	Não possuímos esse dado. (0)	
Diretriz: AMBIÊNCIA			
Ambiência na maternidade	Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP	Atualmente a maternidade se encontra em um ambiente improvisado, o qual não atende adequadamente à RDC 36 de 2008. (1)	A ambiência inadequada e estrutura física improvisada em que a maternidade se encontra afeta diretamente na qualidade do cuidado, satisfação da equipe e satisfação das usuárias
Ambiência na neonatologia	Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo de leitos	Atualmente a maternidade se encontra em um ambiente improvisado, o qual não atende adequadamente à RDC 36 de 2008. (1)	
	Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal	As cadeiras disponíveis no setor são plásticas, as quais não oferecem o conforto adequado aos acompanhantes. (0)	
	Espaço de convivência para as mães-puérperas	Inexistente. (0)	
Diretriz: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO			
Estratégias de educação permanente no serviço	Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes	Os cursos e capacitação ofertados à equipe são, em sua maioria, ofertados pela coordenação setorial. (3)	Necessidade de mais incentivo e oferta de cursos e capacitações por parte das chefias da instituição.
Diretriz: RELAÇÕES DO SERVIÇO EM COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUMS INTERSETORIAIS			
Relação com Secretaria Estadual de Saúde	O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil	Sim. (5)	

Relação com Secretaria Municipal de Saúde	O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil	Sim. (5)	
Participação no Fórum Perinatal	O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência	Sim. (5)	

Nesse ensejo, conforme observado na análise acima, foram identificadas algumas fragilidades que constituem entraves importantes na organização, funcionamento e prestação dos serviços na instituição. Dentre eles, destaca-se a Diretriz: atuação da (o) enfermeira (o) obstétrica (o) na assistência às mulheres, recém-nascidos e família, com foco nos parâmetros que tratam da assistência e avaliação materno-fetal e tomada de decisões (em destaque no quadro). Somando-se a isso, nesse ínterim, o Núcleo de Segurança do Paciente apresentou uma demanda relacionada à qualidade da segurança da assistência prestada na sala de parto, trazendo como sugestão a implementação de um checklist para o parto seguro.

Assim, compreendendo que a diversidade e complexidade das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro dentro da instituição hospitalar, requer desse profissional a utilização de tomada de decisão no desenvolvimento do seu processo de trabalho, bem como, que a qualidade da assistência prestada em sala de parto e a segurança das mulheres e recém-nascidos atendidos perpassam por esse processo decisório, foi proposto como intervenção a implantação do Checklist Parto Seguro da OMS.

Ressalta-se que as listas de verificação, ou checklists, são ferramentas úteis na organização de processos complexos e importantes, baseadas em evidências científicas. Além de auxiliar os profissionais no lembrete de tarefas essenciais, elas qualificam a assistência, tornando o cuidado mais seguro, orientando práticas e ajudando no processo de tomada de decisão, pois podem possibilitar a percepção precoce de erros ou anormalidades (PORTO, 2014).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-POLÍTICO

A segurança do paciente é um componente-chave da qualidade dos cuidados de saúde, tanto para os pacientes e seus familiares, como para profissionais e instituições de saúde, cuja missão principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível (PORTO, 2014).

Nessa perspectiva, a segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade, pois se refere ao direito das pessoas de não sofrerem riscos de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (GOUVEIA; TRAVASSOS, 2010).

No âmbito global, a preocupação com a segurança do paciente é um tema de crescente relevância; dados da literatura indicam que, de uma perspectiva geral, um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento que, na maioria das circunstâncias, é passível de medidas de prevenção (PORTO, 2014).

Concernente ao cenário materno-infantil, dos mais de 130 milhões de nascimentos que ocorrem todos os anos, cerca de 303 000 resultam na morte da mãe, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões na morte de recém-nascidos nos primeiros 28 dias de vida. A maioria destas mortes ocorrem em contextos de baixos recursos, podendo a maioria delas ser evitadas (WHO, 2017).

Nesse contexto, as estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal devem incluir todas aquelas voltadas à assistência aos pacientes em geral assim como estratégias específicas para esse grupo. Dentre essas estratégias se destacam: treinamento individual e em equipe dos provedores de cuidado; simulações; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem; uso da tecnologia da informação; educação e rondas de segurança (BRASIL, 2014).

Assim, o Checklist do Parto Seguro da OMS (*WHO Safe Childbirth Checklist*) foi concebido com o objetivo de apoiar o uso de práticas essenciais de cuidados maternos e perinatais. A Lista de Verificação aborda as principais causas dos óbitos maternos (hemorragias, infecções, parto obstruído e problemas de hipertensão), dos nascimentos mortos relacionados com complicações perinatais (cuidados perinatais inadequados) e mortes neonatais (asfixia no parto, infecções e complicações relacionadas com a prematuridade do parto). A Lista foi elaborada após uma

metodologia rigorosa e o seu uso testado em dez países na África e na Ásia. Cada item da Lista de verificação é uma ação crítica que, se perdida, pode levar a danos graves para a mãe, para o recém-nascido, ou para ambos (WHO, 2017).

Destaca-se que Checklist de Partos Seguros representa um esforço conjunto da OMS, atuando através do Departamento de Prestação e Segurança dos Serviços, Departamento da Saúde Materna, Neonatal, Infantil e dos Adolescentes e o Departamento da Saúde Reprodutiva e Investigação, a Escola T. H. Chan de Saúde Pública de Harvard e vários peritos individuais de todo o mundo (WHO, 2017).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Implementar o uso do Checklist do Parto Seguro da OMS na sala de parto do HULW.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Treinar a equipe de enfermagem de sala de parto para utilização do Checklist do Parto Seguro da OMS em sala de parto;
- Utilizar Checklist do Parto Seguro da OMS em todos os partos normais;
- Verificar a opinião da equipe de sala de parto no que se refere a segurança da assistência ao parto normal e a comunicação interpessoal da equipe.

6. METAS

Entendendo que traçar metas é um meio estratégico para atingir, etapa por etapa, os objetivos almejados, delineou-se o seguinte:

6.1 Metas a curto prazo: 1-3 meses

Apresentar, discutir e treinar a equipe de enfermagem para a aplicação do Checklist Parto Seguro da OMS.

6.2 Metas a médio prazo: 3 meses a 1 ano

Implementar e avaliar os resultados da utilização do checklist em sala de parto, por meio de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de enfermagem que utilizaram esse instrumento de verificação.

6.3 Metas a longo prazo: acima de 1 ano

Manter a aplicação do checklist Parto Seguro em sala de parto e implementar as demais etapas do checklist no processo de admissão e alta das pacientes na maternidade.

7. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um projeto de intervenção, o qual fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação, tendo como função a transformação da realidade. O local de desenvolvimento desse projeto foi a Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com foco na sala de parto dessa unidade.

Ressalta-se que o referido projeto de intervenção foi compreendido e desenvolvido como ação conjunta e partilhada entre a equipe de enfermagem da Clínica Obstétrica e o Núcleo de Segurança do Paciente do HULW. Nesse ensejo, não se tratou da elaboração solitária de um projeto para, posteriormente, outros executarem, mas sim, de um projeto que desde sua proposição, passando pela elaboração e desenvolvimento, ocorreu no e com o coletivo da equipe de saúde que assiste a mulher durante o trabalho de parto.

Assim, foi proposto como intervenção a implementação na sala de parto do Checklist de parto seguro da OMS, o qual tem quatro pontos principais, que correspondem a períodos: quando a mãe é admitida; antes de iniciar o trabalho de parto normal (ou antes da cesariana); uma hora após o nascimento e antes de mãe e bebê receberem alta. Tendo em vista como foco de atuação a sala de parto, foram utilizados apenas os pontos referentes ao início do trabalho de parto normal e uma hora após o nascimento (conforme anexo 1).

Para tanto, foram respeitadas as seguintes etapas:

1. Revisão da literatura e busca de evidências científicas nas bases de dados e construção do projeto de intervenção;
2. Compartilhamento com a equipe acerca das evidências científicas encontradas e apresentação do Checklist do Parto Seguro da OMS;
3. Treinamento da equipe para aplicação do Checklist na sala de parto;
4. Implementação do Checklist na sala de parto pelos enfermeiros do serviço;
5. Avaliação dos resultados encontrados.

A implementação do projeto de intervenção teve início com reuniões com a equipe de enfermagem atuante em sala de parto, para apresentação e treinamento de uso do Checklist e, posteriormente, com a aplicação do Checklist do Parto Seguro da OMS pelos profissionais da sala de parto, com supervisão da proponente do projeto de intervenção e do Núcleo de Segurança do Paciente.

A seguir, os profissionais que utilizaram o Checklist foram convidados para participar voluntariamente do projeto, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder a quatro questões norteadoras: (1) Você acha que a aplicação do checklist proporcionou segurança na assistência ao parto? Justifique. (2) Você observou mudanças na comunicação interpessoal da equipe em sala de parto a partir da aplicação do checklist? Você pode citar exemplos? (3) Se você estivesse sendo assistido enquanto paciente na sala de parto, você gostaria que o checklist fosse aplicado? Por quê? (4) Você já conhece algum checklist sobre segurança em sala de parto?. No total, foram entrevistados 17 profissionais de enfermagem que atuam em sala de parto e que utilizaram o Checklist. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas pelos profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente.

O tratamento dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2014), que consiste em procurar conhecer aquilo que está por trás das informações sobre as quais se debruça. A Análise de Conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens, visando ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstituídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Os dados foram analisados obedecendo-se as etapas de pré-análise, em que foram reproduzidas as entrevistas para que se obtivesse uma organização dos dados colhidos; a exploração do material, em que se reagrupou todo o material dividido em grupos semelhantes, sempre em volta do contexto do estudo. E por fim, o tratamento dos resultados e interpretação, fase que os dados obtidos foram analisados e interpretados para que fossem significativos e válidos (BARDIN, 2014).

Ressalta-se que o público alvo principal dessa intervenção foram as gestantes de risco habitual que estiveram em trabalho de parto e, como público secundário, os profissionais de saúde que prestaram cuidados na sala de parto.

Os atores envolvidos nesse processo foram os coordenadores de enfermagem, neonatologia e obstetrícia da Unidade, profissionais atuantes em sala de parto e as mulheres em trabalho de parto atendidas no serviço.

Quanto aos aspectos éticos deste projeto, salienta-se que este constitui-se em um subprojeto, derivado de um trabalho guarda-chuva intitulado “Especialização em Enfermagem Obstétrica: avaliação do processo de desenvolvimento e efeitos do curso na perspectiva de formação-intervenção”, aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa

da Fundação Universidade de Tocantins, sob o parecer nº 2.311.594 e CAAE 67150017.8.3004.5519, sendo observadas as disposições contidas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A fim de assegurar o anonimato dos atores sociais do estudo, os profissionais entrevistados foram identificados pela sigla PE (Profissional de Enfermagem) seguida por um número arábico (PE1, PE2, PE3,..), de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

8. RESULTADOS ALCANÇADOS

A implementação do Checklist iniciou-se em agosto de 2017 e, até o presente momento, este instrumento já foi aplicado em 137 partos normais realizados no HULW. A primeira via do Checklist foi anexada ao prontuário das mulheres assistidas e a segunda via foi recolhida pela especializanda para controle.

Os resultados alcançados com o referido projeto de intervenção estão descritos a partir das falas dos 17 profissionais entrevistados, expressas em uma categoria, com duas subcategorias temáticas, a saber:

O checklist proporcionou segurança à assistência em sala de parto

Nessa categoria, discute-se a utilização do Checklist Parto Seguro, da OMS, como um instrumento que proporciona mais segurança à assistência prestada em sala de parto. Nesse ensejo, todos os profissionais entrevistados expressaram reconhecer o Checklist como uma ferramenta que melhora a assistência ao parto, a medida que minimiza possíveis esquecimentos e também sistematiza o cuidado. Dessa forma, os significados que os sujeitos atribuíram ao Checklist foram classificados em dois subgrupos:

Subgrupo 1 - Padronização de condutas como medida de segurança

Nessa subcategoria, os profissionais colocaram a questão da padronização de condutas como forma de minimizar possíveis esquecimentos, bem como melhorar a assistência prestada, conforme as falas a seguir:

É um controle que a gente tem da assistência prestada, e também serve como norteador para que a gente possa trazer uma assistência segura a paciente no momento do parto. (E1)

[...] a medida que o profissional faz o checklist, minimiza possíveis esquecimentos, porque no checklist ele vai estar verificando o cumprimento de item por item e por isso tem mais segurança nas ações e nas intervenções. (E3)

A gente tem parâmetros que devem ser seguidos e, a partir desses parâmetros que a gente observa e pode ter certeza que está sendo prestada uma assistência com segurança para a paciente. (E8)

Para desenvolver uma melhor estratégia de segurança para o paciente, são consideradas soluções inovadoras, todas as ações, intervenções, procedimentos ou

programas que contribuem para reduzir e melhorar a segurança do indivíduo e que, simultaneamente, acrescentam valor dentro de uma perspectiva clínica e socioeconômica (WEGNER; PEDRO, 2012).

Nesse sentido, entendendo que o parto é um processo complexo, sendo essencial fornecer tudo o que é necessário para assegurar que a mãe e o recém-nascido recebam os cuidados mais seguros possíveis, as listas de verificação constituem-se em ferramentas úteis para organizar processos complexos e importantes. Elas têm sido muito utilizadas para que os usuários lembrem-se de tarefas essenciais para oferecer um atendimento melhor e mais seguro.

Ademais, o uso do checklist envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe (PANCIERI et al, 2013). Assim, com a experiência da aplicação do checklist, foi percebido que os profissionais que utilizaram o instrumento se mostraram mais preocupados com a mudança de seu comportamento para realização do checklist.

As melhorias na segurança e qualidade nos cuidados prestados após a implementação do checklist envolveram mudanças no cuidado centrado na mulher e no recém-nascido, demonstração de consciência de ocorrência do erro, prevenção de falhas e uso de práticas baseadas em evidências.

Subgrupo 2 - Diminuição de riscos e possíveis complicações

É sabido que a maior parte das mortes maternas poderia ser evitada com cuidados de saúde adequados e oportunos. Nas falas a seguir, os profissionais expressaram a importância do Checklist para a minimização de riscos e detecção precoce de possíveis complicações.

Proporcionou segurança [...] até como forma do profissional ir com uma 1 hora do pós-parto fazer o checklist para ver se paciente tem sangramento, para ver a altura de fundo de útero. Então esse checklist fez com que o profissional fosse ao leito olhar a paciente. Então ele acabou proporcionando uma segurança maior, porque como a gente tem que preencher, fez a gente realmente ir na beira do leito no pós-parto. (E9)

[...] através do checklist nós podemos avaliar melhor a paciente, no caso a parturiente e depois a puérpera, no sentido de evitar complicações maiores e até o índice de óbito materno através de uma assistência mais integrada junto com a equipe multidisciplinar. (E10)

[...] as perguntas são baseadas nos principais pontos de intercorrências obstétricas, como sangramento, hipertensão. Então se a gente tiver certeza de que tudo aquilo que é colocado no checklist está OK, o risco de ter uma intercorrência, ou se tiver uma intercorrência, vai estar tudo organizado para a intercorrência e com certeza vai melhorar a assistência tanto para o RN quanto para a mãe. (E11)

Os cuidados assistenciais prestados de maneira insegura aos pacientes resultam em expressiva morbimortalidade evitável, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde além de, atualmente, representarem uma grande preocupação (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Dessa forma, o Checklist Parto Seguro da OMS, é uma ferramenta para ser utilizada em qualquer maternidade, independentemente do seu grau de complexidade, visando auxiliar as equipes de saúde a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança, focando a segurança na assistência ao pré-parto, parto e pós-parto (WHO, 2017).

Mostra-se imprescindível destacar que a verificação desse instrumento não constitui apenas uma checagem, mas também um elemento facilitador na assistência à mulher e ao recém-nascido, uma vez que ele possibilita a prevenção de erros e identificação precoce de possíveis complicações que podem causar repercussões na vida e saúde do binômio mãe-bebê.

Um cuidado seguro e de qualidade inclui as intenções da equipe de saúde agregadas à comunicação efetiva, tais como, o cuidado individual com qualidade e pontualidade, a higienização das mãos e dos instrumentos de trabalho, a sensatez e a visão crítica dos profissionais e o acesso às informações (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2009).

9. AVALIAÇÃO DAS METAS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Em relação às metas a curto prazo (1-3 meses), que consistiu na apresentação, discussão e treinamento da equipe de enfermagem para a aplicação do Checklist Parto Seguro da OMS, esta foi alcançada dentro do prazo determinado. Como fator facilitador para alcance dessa meta, pode-se citar a parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente e a colaboração da Equipe de Enfermagem em implementar o Checklist Parto Seguro.

Concernente às metas a médio prazo (3 meses a 1 ano), que envolvem a implementação e avaliação dos resultados da utilização do checklist em sala de parto, por meio de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de enfermagem que utilizaram esse instrumento de verificação, avalia-se que houve sucesso no alcance da meta, uma vez que, todos os profissionais de enfermagem atuantes na sala de parto aplicaram o Checklist nos partos normais e, com parceria do Núcleo de Segurança do Paciente as avaliações foram realizadas.

As metas a longo prazo, por sua vez, constituem-se no próximo passo a ser alcançado, contando-se com o apoio da equipe de saúde da Clínica Obstétrica e com o Núcleo de Segurança do Paciente.

Em síntese, os pontos positivos que contribuíram para o alcance das metas foram o apoio e participação do Núcleo de Segurança do Paciente, bem como a disponibilidade e colaboração da Coordenação de Enfermagem do setor e dos profissionais atuantes em sala de parto. Como fragilidades, identificou-se a pouca participação dos técnicos de enfermagem nesse processo e a falta de diálogo com a equipe médica, para que os mesmos se inteirassem mais do uso do Checklist em sala de parto.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados obtidos, mediante essa intervenção, podem contribuir para promoção de reflexões das práticas de cuidado às gestantes, parturientes, puérperas e seus recém-nascidos, instituindo pontes com a educação e qualificação dos serviços, colaborando e enriquecendo as discussões e práticas acerca dessa temática, visto que ainda existe um vasto campo a ser explorado no que se refere à segurança do paciente em sala de parto. Além disso, também pode promover mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos no cuidado à

mulher e ao recém-nascido, tornando a atenção prestada mais qualificada e reduzindo a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014, 103 p.
- BOHOMOL, Elena; RAMOS Laís Helena. Erros de medicação: a importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev Bras Enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 32-6. 2007.
- WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 427-34. 2012.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Road Safety: time for action**. Geneva: WHO; 2009.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**; 2017.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde; Direção Geral da Saúde. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final**. Lisboa; 2011.
- PANCIERI, Ana Paula; SANTOS, Bruna Pegorer; AVILA, Marla Andréia Garcia; BRAGA, Eliana Mara. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 71-8.
- PIRES, Maria Paula de Oliveira; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenção pré-operatórias. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2013.
- PORTO, Karla Luciana Heringer. A segurança do paciente na utilização do checklist. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 17, n. 2. 2014.
- REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde um olhar sobre a literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-36. 2013.
- SILVA, Natasha Dejigov Monteiro; BARBOSA, Antonio Pires; PADILHA, Kátia Grillo; MALIK, Ana Maria. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das

lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 487-494. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA REDE CEGONHA – CEEO (UFPB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Este é um convite para você participar do projeto de intervenção **CHECKLIST PARTO SEGURO: AÇÕES PARA SALA DE PARTO** que é coordenado pela especializanda CEEO **Adriana Gonçalves de Barros** e orientado pela Profa Dra **Ana Lúcia de Medeiros**.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Esse projeto tem como objetivo **Implementar o uso do Checklist do Parto Seguro da OMS na sala de parto do Hospital Universitário Lauro Wandely**. O presente projeto de intervenção poderá favorecer os profissionais de saúde a seguirem os padrões de cuidados essenciais para cada nascimento, evitando, assim, uma assistência inadequada e danosa.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) a uma entrevista semi-estruturada, a qual será gravada com aparelho de áudio.

O presente trabalho não lhes submeterá a nenhum tipo de risco biológico e/ou físico. Seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente deste projeto, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito deste projeto, poderá perguntar diretamente para **Ana Lúcia de Medeiros**

e/ou Adriana Gonçalves de Barros no endereço: **Clínica Obstétrica - Hospital Universitário Lauro Wandely, no bairro Castelo Branco, CEP 58052-130, João Pessoa/PB**, ou pelo telefone **83 32167098**.

“Concordo voluntariamente em participar deste projeto e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dará autorização ao patrocinador do projeto e a Instituição responsável de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade”.

“Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.”

João Pessoa, _____ de _____ de 2017.

Nome e Assinatura do sujeito participante do projeto

Ana Lúcia de Medeiros

Profa. Dra. Ana Lúcia de Medeiros
Orientador responsável

Adriana Gonçalves de Barros

Adriana Gonçalves de Barros
Especilizanda CEE0

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA – CEEQ (UFPB)****ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

NOME (iniciais): _____

IDADE: ____

PROFISSÃO: _____

- (1) Você acha que a aplicação do checklist proporcionou segurança na assistência ao parto? Justifique.
- (2) Você observou mudanças na comunicação interpessoal da equipe em sala de parto a partir da aplicação do checklist? Você pode citar exemplos?
- (3) Se você estivesse sendo assistido enquanto paciente na sala de parto, você gostaria que o checklist fosse aplicado? Por quê?
- (4) Você já conhece algum checklist sobre segurança em sala de parto?

ANEXOS

ANEXO A – Checklist Parto Seguro OMS.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA – CEEO (UFPB)

CHECKLIST PARTO SEGURO

Nome da Paciente: _____

Data do Parto: ___/___/___ Hora do Parto: ___

ANTES DO PARTO

<p>Checar se a mãe precisa para iniciar:</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, foi dado</p>	<p>Perguntar sobre alergias antes da administração de qualquer medicação.</p> <p>Dar antibióticos para a mãe em caso de qualquer uma das condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}C$ • história de mau cheiro do líquido vaginal • ruptura de membranas > 18 horas
<p>Sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, sulfato de magnésio foi dado</p> <p><input type="radio"/> Sim, medicação anti-hipertensiva foi dada</p>	<p>Dar sulfato de magnésio à mãe em caso de qualquer uma das condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica ≥ 110 mmHg e 3+ proteinúria • PA diastólica ≥ 90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica <p>Dar medicação anti-hipertensiva à mãe se PA sistólica > 160 mmHg</p> <p>Objetivo: manter PA <150/100 mmHg</p>
<p>Confirmar se os suprimentos essenciais estão à beira do leito e preparar a dispensação:</p> <p>Para a mãe:</p> <p><input type="radio"/> luvas</p> <p><input type="radio"/> álcool para as mãos ou água limpa e sabão.</p> <p><input type="radio"/> 10 unidades de ocitocina numa seringa</p>	<p>Prepare-se para cuidar de mãe logo após o nascimento: Confirmar se há um único bebê apenas (e não nascimento múltiplo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dar ocitocina dentro de 1 minuto após o nascimento 2. Disponibilizar a placenta de 1-3 minutos após o nascimento 3. Massagear o útero após a placenta ser disponibilizada 4. Confirmar se o útero está contraído
<p>Para o bebê:</p> <p><input type="radio"/> toalha limpa</p> <p><input type="radio"/> lâmina estéril para cortar o cordão umbilical</p> <p><input type="radio"/> dispositivo de sucção</p> <p><input type="radio"/>ambu</p>	<p>Prepare-se para cuidar do bebê logo após o nascimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bebê seco, manter o aquecimento 2. Se não estiver respirando, estimular e limpar as vias aéreas 3. Se ainda não estiver respirando: <ul style="list-style-type: none"> • grampear (clampear) e cortar o cordão • limpar as vias aéreas, se necessário • ventilar com oambu • gritar por socorro

Completado por: _____

⊕ LOGO APÓS O NASCIMENTO (DENTRO DE 1 HORA)

<p>A mãe apresenta sangramento anormal?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, gritar por socorro</p>	<p>Se sangramento anormal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar massagem uterina • considerar uso de mais uterotônicos • iniciar tratamento endovenoso e manter a mãe aquecida • tratar a causa: atonia uterina, retenção de placenta / fragmentos, laceração vaginal, ruptura uterina
<p>Checar se a mãe precisa para iniciar:</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, foi dado</p>	<p>Perguntar sobre alergias antes da administração de qualquer medicação. Dar antibióticos para a mãe em caso de qualquer uma das condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • placenta foi removida manualmente ou se a temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}C$ • história de mau cheiro do líquido vaginal • calafrios Se a mãe tem um terceiro ou quarto grau de laceração perineal dar antibióticos para prevenir infecção.
<p>Sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, sulfato de magnésio foi dado</p> <p><input type="radio"/> Sim, medicação anti-hipertensiva foi dada</p>	<p>Dar sulfato de magnésio à mãe em caso de qualquer uma das condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica ≥ 110 mmHg e 3+ proteinúria • PA diastólica ≥ 90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica <p>Dar medicação anti-hipertensiva à mãe se PA sistólica > 160 mmHg</p> <p>Objetivo: manter PA <150/100 mmHg.</p>
<p>Checar se o bebê precisa:</p> <p>Encaminhamento/referência?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, dado</p>	<p>Dar antibióticos ao bebê caso tenham sido administrados antibióticos à mãe para o tratamento da infecção materna durante o parto por qualquer um dos motivos:</p>
<p>Antibióticos?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, dado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • frequência respiratória > 60 / min ou <30 / min • "chest in-drawing"(sinal de pneumonia), chiado, ou convulsões • movimentos pobres mediante estimulação • temperatura do bebê <35 ° C (e não a aumentar após o aquecimento) ou temperatura do bebê $\geq 38^{\circ}C$
<p>Cuidados especiais e acompanhamento?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, organizado</p>	<p>Organizar cuidados especiais / monitoramento para o bebê se houver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mais de 1 mês de antecedência da data de nascimento prevista • peso de nascimento <2500 gramas • necessidade de antibióticos • ressuscitação foi necessária
<p><input type="radio"/> Iniciado contato pele a pele e amamentação (se a mãe e o bebê estiverem bem).</p>	
<p><input type="radio"/> Confirmar se mãe e acompanhante pedirão ajuda se sinais de perigo estiverem presentes.</p>	

Completado por: _____