

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MAXUEL CRUZ DOS SANTOS**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTOS SEGUROS DA OMS:**

Aplicação de práticas essenciais em um hospital escola

**PORTO ALEGRE**

**2018**

**MAXUEL CRUZ DOS SANTOS**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTOS SEGUROS DA OMS:**

Aplicação de práticas essenciais em um hospital escola

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para aprovação no curso de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Letícia Becker Vieira

**PORTO ALEGRE**

**2018**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente minha amiga, companheira e esposa Adriana por ter sonhado e lutado ao meu lado na realização desse sonho de tornar-me enfermeiro. Agradeço aos meus filhos Isabella e Luis por tornarem meus estudos mais alegres, meus dias mais felizes e moldarem-se diariamente de modo a sempre dar o melhor de mim em todos os aspectos de minha vida.

Agradeço aos meus pais Luis e Vera pelo amor, carinho, apoio incondicional e incentivo à busca de conhecimento, sem eles não conseguiria ter chegado até esse momento. Sou grato aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos por formarem a minha família e serem a base de minha vida.

Agradeço à professora Helga e professor Willian por compartilharem seus saberes na construção dessa pesquisa, contribuíram de forma significativa em meu desenvolvimento profissional. Agradeço a minha colega de curso Vitória pelas coletas e auxílio no desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço aos meus colegas, professores e enfermeiros que tive contato durante minha graduação, pois cada dia tive a oportunidade de crescer e aprender nos bancos escolares. Sou grato pela oportunidade de ter estudado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por todos os recursos disponíveis que permitiram a conclusão deste curso superior.

Por fim, agradeço em especial à minha professora, orientadora, amiga e mentora Letícia Becker Vieira que me apresentou o mundo da pesquisa, segurou em minha mão e ajudou-me em todos os aspectos durante esses anos de minha graduação. Ensinou-me como posso conciliar carreira, estudos e família, sabendo o que é mais importante. Meu muito obrigado

*“Lembre-se, seu interesse é instruir-se não apenas para a vida mortal, mas para a vida eterna. Quando você enxergar claramente com a visão espiritual, colocará o aprendizado espiritual em primeiro lugar, mas sem negligenciar o aprendizado secular. De fato, você trabalhará mais arduamente em seu aprendizado secular do que faria sem a visão espiritual”*

*Henry B. Eyring*

## RESUMO

**Introdução:** A qualificação da assistência associada a segurança do paciente são pilares para redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Corroborando para a segurança do paciente, tendo sido recomendados protocolos de segurança pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que lançou a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros visando a diminuição da mortalidade materna e infantil. **Objetivo:** Verificar a aplicação de práticas essenciais da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros realizadas em um hospital universitário. **Método:** Estudo quantitativo descritivo realizado com 26 enfermeiras do Serviço Materno-Infantil de um hospital universitário do sul do Brasil, entre dezembro de 2017 e maio de 2018. **Resultados:** As práticas essenciais relacionadas ao uso de fármacos, encorajamento à presença do acompanhante, disponibilidade de recursos materiais, identificação de sangramento anormal, cuidados especiais e monitorização do recém-nascido, contato pele a pele, amamentação e planejamento reprodutivo estão em conformidade ao preconizado pela Lista. No entanto, não houve padronização quanto à frequência das avaliações no partograma e nas orientações sobre os sinais clínicos de agravamento. **Conclusão:** Verificou-se que as ações como indicação para o início do partograma, uso medicações, verificação se a gestante tem alergia, cuidados com o recém-nascido, contato pele a pele, incentivo da participação do acompanhante, administração de ocitocina, disponibilidade de materiais estéreis para consulta e parto, disponibilidade de materiais para lavagem de mãos e aleitamento materno são práticas essenciais da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros já implementadas no processo de trabalho da equipe de saúde da área obstétrica do Hospital Universitário em questão.

**Descritores:** Lista de Checagem; Segurança do paciente; Cuidados de Enfermagem; Parto obstétrico; Mortalidade Materna.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 OBJETIVO</b> .....	9
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	10
<b>3.1 Segurança do paciente na Obstetrícia</b> .....	10
<b>3.2 Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros</b> .....	12
<b>4 MÉTODO</b> .....	15
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	15
<b>4.2 Campo de estudo</b> .....	15
<b>4.3 População e amostra</b> .....	16
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	16
<b>4.5 Análise dos dados</b> .....	17
<b>4.6 Aspectos éticos</b> .....	18
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	19
<b>ARTIGO</b> .....	23
<b>ANEXO A LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS</b> .....	45
<b>ANEXO B INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	49
<b>ANEXO C COMITÊ DE ÉTICA DO HCPA</b> .....	55
<b>ANEXO D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	56
<b>ANEXO E – NORMAS DE SUBMISSÃO REBEN</b> .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, cujos desfechos não têm relação com a doença base (RUNCIMAN et al., 2009).

Assim, receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. Para isso, parte-se do princípio que boas práticas baseadas em evidências e conhecimento científico atualizado, voltadas para a segurança, possam aumentar a probabilidade de obter os resultados de qualidade desejados no cuidado à saúde (MONTERRAT-CAPELLA; MALHI; LIMA, 2013; RUNCIMAN et al., 2009; TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS, em 2004, cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a qualidade desses serviços e, por conseguinte, a segurança do paciente (MARCOLIN, 2015). No que se refere a atenção obstétrica, a segurança do paciente se destaca pela sua dimensão, uma vez que envolve número elevado de pacientes, com milhões de nascimentos ao ano, atingindo 2.857.800 de nascimentos no Brasil em 2016 (BRASIL, 2018).

Considerando o panorama de atenção obstétrica no Brasil, no ano de 2005 morreram 63.542 mulheres de 10 a 49 anos de idade, das quais 1.619 por problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério, sendo que essas mortes poderiam ser evitadas, em quase sua totalidade (SATURNO; GASCON, 2008). De 1990 a 2010, as mortes maternas reduziram 51% no Brasil, passando de 120 para 56 por 100 mil nascidos vivos, no entanto a baixa qualidade da assistência pré-natal, intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos são algumas das causas da mortalidade materna em nosso país (SPECTOR et al., 2012).

A qualificação da assistência associada a segurança do paciente são pilares para redução das taxas de mortalidade materna e infantil (MARCOLIN, 2015). Corroborando para a segurança do paciente, a OMS vem desenvolvendo listas de verificação de segurança em serviços de saúde após averiguação do sucesso da Lista de Verificação da Cirurgia Segura na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes. Os demais *Checklists* desenvolvidos são

para Influenza A (H1N1), nascimento seguro e segurança do recém-nascido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Deste modo, o desenvolvimento e a utilização de listas de verificação para a área da saúde torna-se uma ferramenta prática e fácil de ser utilizada pelos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O *Checklists* para o Parto Seguro é recente, mas seus resultados esperados visam a redução da mortalidade materna e infantil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros ajuda os profissionais de saúde a desempenharem práticas que são essenciais no parto, nos momentos críticos durante o nascimento, em todos os partos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). O parto caracteriza-se por eventos que tanto são de rotina como inesperados, podendo ocorrer complicações imprevisíveis para a mãe, o recém-nascido, ou ambos. Todavia tem-se recomendado à gestores a criação de modelos assistenciais que incluam a enfermeira obstétrica durante o trabalho de parto por diminuírem intervenções desnecessárias e garantirem maior satisfação da gestante (BRASIL, 2017a).

Assim, todos os profissionais de saúde devem ser envolvidos na implementação da Lista nas maternidades, O processo de implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros sugere num primeiro momento envolver os profissionais conhecendo os recursos locais disponíveis, protocolos institucionais já utilizados e adaptando a Lista se necessário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2017).

Na realidade brasileira, estudo avaliou a adesão dos profissionais a esse instrumento e evidenciou que a adesão apresenta limitações inerentes à adoção de uma nova rotina de segurança do paciente e requer contínuo treinamento dos profissionais para melhores resultados. Reforça-se assim a melhoria do cuidado com essa nova tecnologia e a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras (PRAXEDES et al., 2017).

Iniciativas ministeriais para a qualificação da atenção obstétrica no país têm sido potencializadas nos últimos anos. Nessa perspectiva, em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Uma das dimensões dessa iniciativa apresenta como meta a implementação e/ou aprimoramento de estratégias voltadas para a segurança do paciente sendo a Lista de Verificação uma das estratégias de ação consideradas para o alcance desta meta (BRASIL, 2017b).



Considerando que a Lista de Verificação para Partos Seguros corresponde a um documento recente e que carece de estudos no contexto brasileiro que caracterizem a sua implantação, adesão e repercussão na qualidade da assistência, tem-se como questão de pesquisa: *Quais itens da Lista de Verificação para o Parto Seguro já estão implementados no processo de trabalho dos profissionais de saúde de um hospital escola?*

## **2 OBJETIVO**

Verificar a aplicação de práticas essenciais da Lista de Verificação para Partos Seguros em um hospital escola.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Segurança do paciente na Obstetrícia

O marco do início das discussões mundiais sobre a segurança do paciente nos serviços de saúde é a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, onde descreve os erros e eventos adversos que ocorreram nos Estados Unidos (TRAVASSOS; CALDAS, 2013). A OMS, em 2004, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde recomenda aos países uma atenção maior ao tema Segurança do Paciente, o Brasil em 2013 com a Portaria nº 529 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013a).

O PNSP tem como objetivo geral auxiliar todos os estabelecimentos de saúde na qualificação do cuidado em saúde, tendo como um dos objetivos específicos apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013). O conceito de segurança do paciente utilizado no presente estudo corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (MONTSERRAT-CAPELLA; MALHI; LIMA, 2013).

A criação de protocolos de segurança é recomendada pela OMS, porém em hospitais brasileiros percebe-se a ausência desses protocolos, podendo aumentar a probabilidade dos erros e eventos adversos (EA). Os erros são caracterizados pela negligência, imprudência e imperícia e correm sem a intenção. Os EA são incidentes que causam danos ao paciente, sendo considerados: descuidos com a esterilização, utilização inadequada de antibióticos, quedas, queimaduras, medicação trocada ou errada, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de terapia intensiva, de condições adequadas para o atendimento e falta de práticas e processos seguros (FERRAZ, 2009; TRAVASSOS, 2013).

Práticas baseadas em conhecimentos científicos visando os erros e eventos adversos podem melhorar a segurança ao paciente que está diretamente relacionada à qualidade do atendimento. Danos causados ao paciente podem trazer sequelas permanentes, além de levar ao aumento do custo e da permanência hospitalar e, até mesmo, resultar em morte prematura como consequência direta das práticas em saúde inseguras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em 2013 foram instituídos os primeiros protocolos pelo Ministério da Saúde baseados em evidências científicas visando a redução de danos ao paciente, sendo eles: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas; Identificação

do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Esses protocolos devem ser utilizados em todo o Brasil podendo ser adaptados às realidades locais (BRASIL, 2013b; 2013c).

Há protocolos mundialmente utilizados voltados para a segurança do paciente, de 2008 à 2010, a Harvard School of Public Health (HSPH) em parceria com a OMS desenvolveram o projeto *Safe Childbirth Checklist*, traduzido como Lista de Verificação para Partos Seguros para verificar as principais causas de mortalidade materna e neonatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). A assistência inadequada prestada durante o trabalho de parto é um fator que está associado à mortalidade materna (KASSAR et al., 2013).

Dentre as principais causas da mortalidade materna em países de baixa renda, destacam-se as seguintes: hemorragia pós parto, infecção, trabalho de parto obstruído, distúrbios hipertensivos, cuidados inadequados, asfixia e complicações relacionadas a prematuridade. Diversos países têm adotado a Lista de Verificação para o Nascimento Seguro como uma ferramenta eficaz no combate da mortalidade materna e neonatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Além dos cuidados do trabalho de parto, estudo reforça a importância do pré-natal de qualidade para a prevenção da mortalidade materna e neonatal, todavia deve-se ter como foco prioritário a qualificação da atenção hospitalar que demonstra ser deficitária nos cuidados durante o trabalho de parto e não realiza o encaminhamento adequado em situações necessárias (LANSKY et al., 2014). Dados mundiais relatam que todos os dias cerca de 830 mulheres morrem por causas relacionadas à gravidez e ao parto que poderiam ser evitadas. A maioria das mortes ocorre em contextos de baixos recursos que poderiam ser evitadas com intervenções simples (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A Organização das Nações Unidas, em 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM) - que no Brasil são chamados de 8 Jeitos de Mudar o Mundo – que deveriam ser atingidos por todos os países até 2015. O 4º objetivo visava reduzir a mortalidade infantil (MI) e o 5º melhorar a saúde materna, tendo como principal foco a redução da taxa mortalidade materna (MM). Embora nos 186 países que se comprometeram com tais metas tenha havido algum progresso em direção aos ODM, no que diz respeito ao 4º e 5º objetivos, muitos países não os atingiram (HOGAN et al., 2010; RONSMANS, 2006). O Brasil deixou de cumprir uma das chamadas metas do milênio para a saúde pública. Embora tenha avançado na redução da MM por conta de complicações com o parto ou a gestação.

Neste cenário, em 2015 foram lançados os 17 objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), que prevê até 2030 no 3º objetivo Boa Saúde e Bem Estar, tendo como meta reduzir a taxa da mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade para menores de 5 anos para 25 por 1.000 nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública (ÁFIOet al., 2014).

A inserção da enfermeira obstétrica nesse cenário pode auxiliar na prevenção da mortalidade materna e infantil, visto que sua participação em todo o processo do trabalho de parto tem sido incentivada e respaldada por políticas públicas. As atribuições desta profissional destacam-se pelos conhecimentos essenciais e práticas de cuidados em todas as situações do trabalho de parto (BRASIL 2017a).

As enfermeiras obstétricas têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo; fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva; proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos; cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto; para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade (BRASIL, 2017a).

### **3.2 Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**

O nascimento de uma criança pode ser considerado por alguns como um processo complexo, o profissional de saúde deve ter o conhecimento de todas as etapas de modo a proporcionar a mulher e ao bebê todos os cuidados necessários. A Lista de Verificação para

Partos Seguros proposta pela OMS, inicialmente foi apresentada e aplicada em dez países da África e da Ásia. O propósito da Lista é auxiliar os profissionais de saúde a garantirem a qualidade e assistência durante o trabalho de parto garantindo a adesão de práticas baseadas em evidências nos cuidados maternos e neonatais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A construção desta Lista foi realizada por enfermeiras, parteiras, obstetras e outros profissionais de saúde. A Lista não contempla todas as complicações que podem ocorrer no momento do parto, mas salientam práticas já comprovadas que podem prevenir a mortalidade materna e neonatal e minimizar os riscos que essas mulheres e crianças estão expostas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A utilização da Lista melhora de forma significativa as práticas e padrões universalmente aceitos na assistência ao parto e nascimento (SPECTOR et al., 2012). A Lista é composta por 29 itens (ANEXO A) e a verificação ocorre em quatro momentos considerados “Pontos de Pausa” sendo eles:

- Ponto de pausa um: **admissão**: é um momento importante, onde se pode detectar se a mulher precisa ser referida a outro hospital para o preparo do trabalho de parto e parto. Também devem ser dadas orientações referentes a sinais de perigo que devem pedir ajuda;
- Ponto de pausa dois: **Imediatamente antes da expulsão (ou cesariana)**: nesse momento os profissionais devem ter um olhar atento e detectar possíveis complicações que podem ocorrer durante o trabalho de parto estando preparados para atender todas as situações;
- Ponto de pausa três **logo após o nascimento**: preconiza-se uma hora após o nascimento, nesse momento deve-se avaliar a mãe e o bebê, explicar situações de risco que deve solicitar auxílio, o contato pele a pele deve ser sempre realizado quando possível;
- Ponto de pausa quatro **antes da alta**: conversar sobre os sinais de perigo que, caso surjam, devem procurar atendimento de saúde, verifica-se se a mãe e o recém-nascido estão bem para alta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Resultados preliminares demonstram que antes da implementação da Lista de Verificação para Partos Seguros, 10 itens eram conferidos. Após a capacitação das equipes e implementação da Lista, em média 25 itens começaram a ser conferidos. Desse modo, as

equipes desenvolvem uma cultura de segurança em torno do paciente, diminuindo a mortalidade materna e neonatal. Ao todo 29 países já estão realizando estudos em parceria com a OMS, voltados à implementação e avaliação da Lista como instrumento/protocolo essencial para segurança da saúde das mulheres e recém nascidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. Visto que, o presente estudo compõe o Projeto de Desenvolvimento e pesquisa maior visando à implementação da Lista de Verificação para o Nascimento Seguro, o primeiro passo deve ser a descrição das práticas essenciais já realizadas pelos profissionais de saúde voltadas à segurança da paciente na obstetrícia.

### 4.2 Campo de estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual tem vínculo acadêmico com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estando sua estrutura à disposição para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão nos níveis de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação de profissionais altamente qualificados. O HCPA é um hospital público, geral e universitário, certificado pela *Joint Commission Internacional (JCI)*, que desenvolve pesquisas biomédicas, clínicas e epidemiológicas de grande impacto para a comunidade científica. Em sua missão traz a importância em prestar assistência de excelência e a geração de conhecimento (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

O HCPA atende diversas especialidades, o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil é constituído pela Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e pela Unidade de Internação Obstétrica (UIO), as quais atendem gestantes de risco habitual, sendo referência para assistência à mulheres com gestação de alto risco para todo o estado do Rio Grande do Sul. A UCO é composta por sete salas de Pré-Parto, uma Sala de Observação com três leitos, uma Sala de Recuperação com sete leitos, uma Sala de Cuidados do Recém-nascido, duas Salas de Parto e duas Salas de Cesárea. As gestantes podem ser atendidas a partir da 20ª semana de gestação, sendo sempre respeitado o direito de ter um acompanhante durante todo o trabalho de parto. A UIO é composta por 45 leitos, sendo que seis são destinados a gestantes de alto risco, atendendo pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênio e particular. Promove o aleitamento materno, fortalece o vínculo entre mãe e bebê, realiza orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e cuidados no puerpério.



No ano de 2011, O HCPA aderiu a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

#### **4.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta pelas Enfermeiras que atuam no processo de cuidado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, desde a admissão até a alta hospitalar, sendo que 30 enfermeiras constituem o quadro funcional do Serviço Materno Infantil, três enfermeiras recusaram-se a participar, uma não atendeu ao critério de inclusão da pesquisa. Participaram do estudo 26 enfermeiras, sendo 16 enfermeiras da UCO e 10 enfermeiras da UIO. Foram incluídas no estudo enfermeiras com mais de seis meses de atuação nas Unidades em estudo, e foram excluídas aquelas em férias ou licença saúde/maternidade no período de coleta de dados.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizado um Instrumento de Coleta (ANEXO B) o qual foi aplicado fora do horário de trabalho do participante e na sala do Serviço de Enfermagem Materno Infantil do HCPA. Neste Instrumento foi questionado aos profissionais quais os itens da Lista de Verificação para Partos Seguros já realizam no seu processo de trabalho.

As ações referentes aos três primeiros momentos da Lista de verificação, admissão, antes da expulsão/cesariana e logo após o parto (1º hora), são realizados na UCO e o quarto momento, antes da alta na UIO. As perguntas foram de respostas simples e caso o profissional não realize determinada atividade a pergunta não se aplica. Foram analisadas as ações realizadas pelos profissionais entrevistados nos quatro momentos preconizados pela Lista de Verificação para Partos Seguros, sendo eles:

- 1 No momento da admissão:
  - a. Verificação se a gestante precisa ser referida;
  - b. Início do Partograma;
  - c. Necessidade de receber Antibióticos, Sulfato de Magnésio, Antirretrovirais;

- d. Confirmação da disponibilidade de material para lavar as mãos e luvas para cada exame vaginal;
  - e. Permissão da presença do acompanhante;
  - f. Realização de orientações sobre sangramento, dor abdominal severa, dor de cabeça intensa ou distúrbios visuais, incapacidade de urinar e sensação intensa e vontade de empurrar.
- 2 Imediatamente antes da expulsão (ou antes da Cesariana)
    - a. A gestante necessita receber Antibióticos ou Sulfato de Magnésio;
    - b. Confirmar a disponibilidade de material essencial, próximo da cama e preparar o parto;
    - c. Assistente identificado e pronto a ajudar no parto em caso de necessidade.
  - 3 Logo após o nascimento (dentro da primeira hora):
    - a. Sangramento da mãe;
    - b. A mãe necessita iniciar Antibióticos ou Sulfato de magnésio;
    - c. O recém-nascido necessita de referência, antibióticos, cuidados especiais, monitorização ou antirretrovirais;
    - d. Início da amamentação e contato pele a pele;
    - e. Orientações à mãe e acompanhante;
  - 4 Antes da alta:
    - a. Sangramento da mãe está controlado;
    - b. A mãe necessita de antibióticos;
    - c. O recém-nascido necessita de antibióticos;
    - d. O bebê mama corretamente;
    - e. Discussões com a mãe sobre o planejamento família.

#### **4.5 Análise dos dados**

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 para organização e análise das variáveis pesquisadas de acordo com os momentos da Lista de Verificação, mediante frequência absoluta e relativa e uso de medidas de tendência central e de variabilidade.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este estudo compõe o Projeto de Desenvolvimento e pesquisa maior intitulado “Processo de implantação do *Checklist* Nascimento Seguro: ciclo de melhoria da qualidade e a segurança do paciente na obstetrícia” aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO C) sob o número CAAE 72541317.5.0000.5327, parecer n.º2.230.927, que analisa o processo de implantação do *Checklist* Nascimento Seguro e as oportunidades de melhoria da qualidade e segurança do paciente na obstetrícia.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante no final da entrevista e a outra anexada no instrumento de coleta. Cabe salientar, a finalidade do estudo é de uso exclusivo científico com fins posteriores de publicações, sendo que os Instrumentos de Coleta ficarão sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores permanecendo à disposição pelo período de cinco anos. Para a realização deste estudo foram seguidas as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## REFERÊNCIAS

ÁFIO, A.C.E. et al. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. **Rev Rene**. v.15, n. 4, p. 631-638, jul.-ago. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1741/pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS [homepage da internet]. **Nascidos vivos no Brasil 2018**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>. Acesso em 05 jun. 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida - recurso eletrônico**. Brasília. 2017a; 51 p. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**, 2017b.

BRASIL. Ministério da 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. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 22 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em: 22 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.377, DE 9 DE JULHO DE 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)>. Acesso em 17 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013.** Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)>. Acesso em: 16 mai. 2018.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura: uma exigência do Século XXI. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2018.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, volume 375, edição 9726, 1609 – 1623. 2010. Disponível em [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)60518-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)60518-1.pdf). Acesso em 05 jun. 2018.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Missão do hospital.** 2016. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/14/2179/>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

KASSAR, Samir B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria**, (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v. 89, n. 3, p. 269-277, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio. 2018.

MARCOLIN, Alessandra Cristina. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Revista Bras Ginecologia e Obstetrícia**. 2015; 37(10):441-445. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n10/0100-7203-rbgo-37-10-00441.pdf>. Acesso em 20 mai. 2018

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; MALHI, C.; LIMA, R. S. A segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. cap. 1, p. 13-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

PRAXEDES, Adriana de Oliveira et al . Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 10, e00034516, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001005013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Jun. 2018.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal survival1. Maternal Mortality: who, where, when and why. **Lancet**, v. 368, p.1189-1200, 30 Sep. 2006. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(06\)69380-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)69380-X.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**.v. 21, n.1, p. 18–26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

SATURNO, P.J.; GASCON, J.J. Métodos de análisis de los problemas de calidad. **Manual del máster engestión de lalocalidadenlosservicios de salud**. Módulo 3: Actividades básicas para lamejora continua: métodos y herramientas para larealización de ciclos de mejora. Unidad temática 11. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.

SPECTOR, J. M. et al. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. e35151, May 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0035151&type=printable>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

TRAVASSOS, C., CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In:AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. World Health Organization. **Maternal mortality**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Safe Childbirth Checklist Collaboration: Improving the health of Mothers and Neonates Progress Report 2014.** 2014. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc-progress-report-2014.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Edição: AshishJha, 2008. SECTION II. p. 43. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**WHO Safe Childbirth Checklist.**2013.Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/topics/safe-childbirth/childbirth/en/>>. Acesso em:15 mai. 2018.

**ARTIGO**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTOS SEGUROS: APLICAÇÃO DE PRÁTICAS  
ESSENCIAIS**



## LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTOS SEGUROS: APLICAÇÃO DE PRÁTICAS ESSENCIAIS

### RESUMO

**Objetivo:** Verificar a aplicação de práticas essenciais da Lista de Verificação da Organização Mundial da Saúde para Partos Seguros realizadas em Hospital Universitário. **Método:** Estudo quantitativo descritivo realizado com 26 enfermeiras do Serviço Materno-Infantil de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, entre dezembro de 2017 à maio de 2018. **Resultados:** As práticas essenciais relacionadas ao uso de fármacos, encorajamento à presença do acompanhante, disponibilidade de recursos materiais, identificação de sangramento anormal, cuidados especiais e monitorização do recém-nascido, contato pele a pele, amamentação e planejamento reprodutivo estão em conformidade ao preconizado pela Lista. No entanto, não houve padronização quanto à frequência das avaliações no partograma e nas orientações sobre os sinais clínicos de agravamento. **Conclusão:** Para assegurar a manutenção e aprimoramento das práticas essenciais, visando a qualificação da assistência obstétrica, recomenda-se o uso de estratégias e tecnologias que fortaleçam a segurança do paciente na instituição como a Lista de Verificação.

**Descritores:** Lista de Checagem; Segurança do paciente; Cuidados de Enfermagem; Parto obstétrico; Mortalidade Materna.

**Keywords:** *Checklist; Patient Safety; Nursing care; Delivery Obstetric, Maternal Mortality.*

### INTRODUÇÃO

Os processos relacionados à qualificação da assistência nas instituições de saúde a segurança do paciente figura-se como um importante pilar. O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a qualidade desses serviços e, por conseguinte, a segurança do paciente<sup>(1)</sup>.

No que se refere a atenção obstétrica, a segurança do paciente se destaca pela sua dimensão, uma vez que envolve número elevado de pacientes, com milhões de nascimentos ao ano, atingindo 2.857.800 de nascimentos no Brasil em 2016<sup>(2)</sup>. A qualificação da assistência associada a segurança do paciente são pilares para redução das taxas de mortalidade materna e infantil<sup>(1)</sup>.

Estima-se que melhores cuidados durante o trabalho de parto e ao recém-nascido evitariam 1,49 milhões de mortes maternas e infantil por ano em todo o mundo<sup>(3)</sup>. A

mortalidade materna mundial diminuiu de 385 mortes por 100.000 mil nascidos vivos em 1990 para 216 mortes por 100.000 mil nascidos vivos em 2015<sup>(4)</sup>. O Brasil diminuiu a taxa de mortalidade materna em 50 % nos últimos anos<sup>(5)</sup>, e a taxa de mortalidade infantil em 2015 foi de 16,9 mortes por 1.000 nascidos vivos<sup>(6)</sup>. Mesmo com a redução dos últimos anos recomenda-se a utilização de novas tecnologias visando a diminuição da mortalidade materna por causas evitáveis, que possam ser utilizadas em locais com baixos recursos<sup>(4)</sup>.

Dentre as novas tecnologias, destacam-se a criação de protocolos de segurança recomendados pela OMS, que em 2017 lançou o guia para implementação da Lista de Verificação para Partos Seguros visando à diminuição da mortalidade materna e infantil em todo o mundo por meio da redução de eventos adversos evitáveis na assistência materna e perinatal utilizando práticas simples e efetivas<sup>(7)</sup>. Estudos relatam o aumento das práticas seguras em saúde pelos profissionais após a implementação da Lista<sup>(8-9)</sup>, e a redução da mortalidade perinatal<sup>(10)</sup>.

O desenvolvimento e a utilização de listas de verificação para a área da saúde tornam-se uma ferramenta prática e fácil de ser utilizada pelos profissionais de saúde. A Lista de Verificação para Partos Seguros Nascimento é recente, mas sua utilização promove a realização de práticas recomendadas mundialmente, pois sintetizam as mais atuais evidências científicas que favorecem a redução das principais causas de mortes maternas e de recém-nascidos. Sua construção deu-se por enfermeiras, parteiras, obstetras e outros profissionais de saúde<sup>(7,10-11)</sup>.

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros ajuda os profissionais de saúde a desempenharem as práticas essenciais de parto, nos momentos críticos durante o nascimento, em todos os partos<sup>(7)</sup>. O parto caracteriza-se por eventos que tanto são de rotina como inesperados, podendo ocorrer complicações imprevisíveis para a mãe, o recém-nascido, ou ambos<sup>(12)</sup>.

Todos os profissionais de saúde devem ser envolvidos na implementação da Lista nas maternidades, todavia tem-se recomendado à gestores a criação de modelos assistenciais que incluam a enfermeira obstétrica durante o trabalho de parto por diminuírem intervenções desnecessárias e garantirem maior satisfação da gestante<sup>(12)</sup>. O processo de implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros sugere num primeiro momento envolver os profissionais conhecendo os recursos locais disponíveis, protocolos institucionais já utilizados e adaptações da Lista se necessário<sup>(7)</sup>.

Na realidade brasileira, estudo avaliou a adesão dos profissionais a esse instrumento e evidenciou que a adesão apresenta limitações inerentes à adoção de uma nova rotina de segurança do paciente e requer contínuo treinamento dos profissionais para melhores resultados. Reforça-se assim a melhoria do cuidado com essa nova tecnologia e a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras<sup>(13)</sup>.

Iniciativas ministeriais para a qualificação da atenção obstétrica no país tem sido potencializadas nos últimos anos. Nessa perspectiva, em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Uma das dimensões dessa iniciativa apresenta como meta a implementação e/ou aprimoramento de estratégias voltadas para a segurança do paciente sendo a Lista de Verificação uma das estratégias de ação consideradas para o alcance desta meta<sup>(14)</sup>.

Considerando que a Lista de Verificação para Partos Seguros corresponde a um documento recente e que carece de estudos no contexto brasileiro que caracterizem a sua implantação, adesão e repercussão na qualidade da assistência, tem-se como questão de pesquisa: quais as práticas essenciais preconizadas pela Lista de Verificação são aplicadas no Serviço Materno Infantil de um Hospital Universitário de grande porte no Sul do Brasil?

Deste modo, a enfermeira por acompanhar a mulher durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério e os cuidados imediatos com o recém-nascido, deve ser envolvida em todo o processo de implementação da Lista, transpassando todos os profissionais envolvidos tendo como centralidade os cuidados em enfermagem. A utilização de tal ferramenta possibilita a tomada de decisão clínica na condução do processo de parturição, podendo colaborar na redução de danos possíveis para mães e recém-nascidos e a adesão de enfermeiras às práticas baseadas em evidências científicas para os cuidados maternos e neonatais.

## OBJETIVO

Verificar a aplicação de práticas essenciais da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros realizadas em Hospital Universitário.

## MÉTODO

### **Aspectos éticos**

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estando de acordo com a Resolução 466/2012<sup>(15)</sup>. Foram expostos os objetivos da

pesquisa e os participantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Tipo e campo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado com o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, as quais atendem gestantes de risco habitual, sendo referência para assistência à mulheres com gestação de alto risco para todo o Estado do Rio Grande do Sul, promove o aleitamento materno, fortalece o vínculo entre mãe e bebê, realiza orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e cuidados no puerpério.

### **População e amostra**

A população do estudo foi composta pelas Enfermeiras que atuam no processo de cuidado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, desde a admissão até a alta hospitalar, sendo 16 enfermeiras da Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e 10 enfermeiras da Unidade de Internação Obstétrica (UIO). Foram incluídas no estudo enfermeiras com mais de seis meses de atuação nas Unidades em estudo, e foram excluídas aquelas em férias ou licença saúde/maternidade no período de coleta de dados.

### **Coleta e análise dos dados**

A coleta de dado ocorreu no período de dezembro de 2017 à maio de 2018. Foi utilizado um instrumento de coleta semiestruturado para guiar os questionamentos visando identificar as práticas essenciais contidas na Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros realizadas pela equipe de saúde na instituição em estudo. As ações referentes aos três primeiros momentos da Lista de verificação, admissão, antes da expulsão/cesariana e logo após o parto (1º hora), são realizados na UCO e o quarto momento, antes da alta na UIO.

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para organização e análise das variáveis pesquisadas de acordo com os momentos da Lista de Verificação, mediante frequência absoluta e relativa e uso de medidas de tendência central e de variabilidade.

## **RESULTADOS**

Das 30 enfermeiras que constituem o quadro funcional do Serviço Materno Infantil, três enfermeiras recusaram-se a participar, uma não atendeu ao critério de inclusão da pesquisa. Participaram do estudo 26 enfermeiras, sendo 16 enfermeiras da UCO e 10 enfermeiras da UIO. Quanto à caracterização dos participantes, observou-se que todas as enfermeiras eram do sexo feminino e se autodeclararam brancas. A faixa etária da idade estava entre 29 e 57 anos tendo como média etária de 41,1 anos. Referente à situação marital 19 (73,1%) possuem companheiro e 21 (80,8%) tem filhos com uma média de 1,2 filhos por enfermeira. A média do tempo de formação é de 18,9 anos, com média de atuação na UCO/UIO de 10,5 anos. Em relação a sua formação complementar *lato senso*, 23 (88,5%) possui especialização, sendo 23 (88,5%) em enfermagem obstétrica, também foram citadas outras áreas como, neonatologia, saúde pública, auditoria, imunizações e urgência e emergência. Com relação a formação *Stricto senso* três (11,5%) possuem mestrado e duas (7,6%) possuem doutorado.

Os resultados serão apresentados de acordo com a sequência de rotina dos eventos e as práticas essenciais do parto nos quatro momentos da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros.

### **1º Momento: Admissão**

Neste momento é identificada a necessidade de transferência da gestante para outra instituição, a indicação de início de partograma para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, a necessidade de utilização de fármacos (antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivos), o incentivo a presença do acompanhante, a existência de recursos materiais para exames vaginais e a orientação para solicitação de ajuda diante algumas situações clínicas.

O primeiro item da Lista prevê a verificação da necessidade de transferência da gestante, para essa ação 14 (87,5%) enfermeiras relatam que não verificam visto que a instituição é de referência para gestantes de alto risco.

Quanto ao início do partograma, 14 (87,5%) enfermeiras citaram a fase ativa como marco para abertura mesmo. Foi considerada fase ativa do trabalho de parto 2 a 3 contrações eficientes em intervalo de 10 minutos e dilatação cervical mínima de 3 centímetros<sup>(16)</sup>. Referente às contrações uterinas, 8 (50%) das entrevistadas responderam que avaliam a dinâmica uterina no intervalo de 30 minutos, e 9 entrevistadas (56,2%) avaliam os batimento cardíaco fetal (BCF) a cada 30 minutos. A avaliação dos parâmetros vitais da

gestante, é verificada a frequência cardíaca a cada 6 horas por 15 (93,8%) enfermeiras, já a temperatura corporal e pressão arterial sistêmica, 14 (87,5) entrevistadas relataram que são aferidas a cada 6 horas.

Algumas situações clínicas identificadas pelas enfermeiras na admissão são comunicadas a equipe médica, para decisão da conduta medicamentosa. São elas de infecções (87,5%), profilaxia cirúrgica (56,3%) e bolsa rota (50%), sendo utilizado antibiótico. Já para síndromes hipertensivas, (pressão arterial  $\geq 160/110$  mmHg) foi referido o uso de sulfato de magnésio por 15 (93,8%) e 9 (56,3) enfermeiras relataram seu uso para prematuridade. Para as situações de síndromes hipertensivas e hipertensão arterial crônica são indicados anti-hipertensivos, sendo a primeira situação relatada por todas as enfermeiras e a segunda por 7 (43,8%). Antes da administração de qualquer medicação 16 (100%) enfermeiras referem verificar se a gestante tem alergia, caso tenha é identificada com uma pulseira específica.

Sobre a disponibilidade de materiais de higiene das mãos e luvas para cada exame vaginal e o encorajamento/permissão da presença do acompanhante durante a avaliação do trabalho de parto, foram referidos pela totalidade das enfermeiras entrevistadas.

Outra ação preconizada durante o trabalho de parto é orientar a gestante e seu acompanhante a solicitar ajuda diante algumas situações clínicas, a citar: hemorragia, dor abdominal grave, dor de cabeça forte ou distúrbio visual, incapacidade de urinar e necessidade de fazer força. Entre as entrevistas 14 (87,5%) referiram realizar as orientações de algumas dessas situações.

## **2º Momento: Antes da expulsão (ou antes da cesariana)**

Neste momento é identificada a necessidade de utilização de fármacos (antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivos), a existência de recursos materiais para a assistência à mulher durante o parto/cesárea e para o recém-nascido e a presença de profissional assistente para ajuda, caso necessário.

Determinadas situações, identificadas pelas enfermeiras durante o parto/cesárea, são comunicadas a equipe médica, para decisão da conduta medicamentosa. São elas uso de antibióticos nas situações de infecções, profilaxia e procedimentos excessivos sendo, relatado respectivamente por 12 (75%), 7 (43,8%) e 5 (31,3%) enfermeiras. Já o sulfato de magnésio 15 (93,8%) enfermeiras referiram o seu uso para síndromes hipertensivas e 5 (31,1%) para convulsão. Anti-hipertensivos são utilizados para crises hipertensivas sendo relatadas por 14 (87,5%) entrevistadas.

A confirmação da disponibilidade de recursos materiais para realização do parto/cesárea e atendimento ao recém-nascido é relatado por todas as entrevistadas, vale ressaltar que todas as enfermeiras relataram o uso de ocitocina após o parto, no entanto uma delas não citou a disponibilidade deste medicamento no ambiente do parto/cesárea. Quanto à dequitação da placenta 12 (75%) das enfermeiras relataram que aguardam por mais de 30 minutos.

Relacionados aos procedimentos realizados, pelo obstetra, à mulher logo após a parto/cesárea 14 (87,5%) enfermeiras relataram a revisão do trajeto, 10 (62,5%) suturas, 8 (50%) verificação dos sinais vitais, 6 (37,5%) massagem uterina/globo de segurança e 6 (37,5%) higiene.

Os cuidados com o recém-nascido são realizados, pelo neonatologista, e são determinados pelas condições clínicas de nascimento, nos casos de boas condições de vitalidade, 13 (81,3%) enfermeiras relataram a secagem, 8 (50%) pesagem, 9 (56,3%) identificação, 11 (68,8%) clampeamento do cordão umbilical e 6 (37,5%) exame físico. Todas entrevistadas (100%) referiram a prática do contato pele a pele imediatamente após o nascimento se o binômio apresentar condições clínicas favoráveis. Caso o bebê não respire imediatamente após seu nascimento foi relatado por 15 (93,8%) enfermeiras a realização da aspiração das vias aéreas e por 13 (81,3%) enfermeiras a realização de estímulos táteis, na ausência de resposta do recém-nascido 11 (68,8%) enfermeiras relataram ventilação por *Babypuff*, 9 (56,3%) entubação e 7 (43,8%) as manobras de reanimação.

Quanto à disponibilidade de um assistente para apoio no atendimento de intercorrências 13 (81,3%) entrevistadas relataram a presença do mesmo.

### **3ºMomento: logo após o parto (no espaço de 1 hora)**

Neste momento as práticas assistenciais essenciais estão relacionadas a avaliação do sangramento e a necessidade de utilização de fármacos (antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivos). Quanto ao recém-nascido é identificada a necessidade de transferência, utilização de antibióticos e cuidados especiais e monitorização, amamentação e contato pele a pele e a orientação para solicitação de ajuda diante alguns sinais de perigo.

Em caso de sangramento anormal 12 (75%) enfermeiras relataram a administração de medicações prescritas, 12 (75%) comunicação à equipe médica, 11 (68,8%) realização de massagem uterina, 8 (50%) monitorização de sinais vitais e 7 (43,8%) verificação de acesso venoso.

Determinadas situações, identificadas pelas enfermeiras logo após o parto/cesárea, são comunicadas a equipe médica, para decisão da conduta medicamentosa. São elas uso de antibióticos nas situações de infecções e temperatura aumentada relatado respectivamente por 14 (87,5%) e 6 (37,5%) enfermeiras. Já o sulfato de magnésio 16 (100%) enfermeiras referiram o seu uso para crises hipertensivas e 5 (31,2%) para convulsão. Anti-hipertensivos são utilizados para crises hipertensivas sendo relatadas por 15 (93,8%) entrevistadas.

Em relação à administração de antibióticos ao recém-nascido, 3 (18,8%) enfermeiras referiram que o neonatologista indica par as situações de infecções, todavia 13 (81,3%) enfermeiras relatam que não são administrados na UCO, caso necessário o recém-nascido é transferido para a Unidade de Terapia Intensiva em Neonatologia.

Os recém nascidos que necessitam cuidados especiais e monitorização são transferidos para a Unidade de Neonatologia de acordo com a avaliação do neonatologista. Os critérios para a transferência elencadas por 15 (93,8%)enfermeiras foi a frequência respiratória alterada,12 (75%) saturação de oxigênio baixa, 11 (68,8%)hipoglicemia, 8 (50%) frequência cardíaca alterada, 7 (43,8%) prematuridade, 6 (37,5%)alterações de temperatura, 4 (25%) mal formações 4 (25%) infecções.

Outra ação preconizada logo após o parto/cesárea é orientar a gestante e seu acompanhante a solicitar ajuda diante alguns sinais de perigo, sendo considerados: hemorragia, dor abdominal grave, forte dor de cabeça ou distúrbio visual, respiração difícil, febre ou tremores, dificuldade em urinar e dor epigástrica. Entre as entrevistadas 6 (37,5%)enfermeiras apontaram a dor, 5 (31,3%) o sangramento e 2 (12,5%) tonturas como sinais de perigo. Ainda foram referidos alguns cuidados e orientações sobre a amamentação 8 (50%) enfermeiras,5 (31,3%) abordaram aspectos relacionados a alimentação e 5 (31,3%) sobre eliminações.

#### **4º Momento: Antes da Alta**

Neste momento as práticas de cuidado estão relacionadas a necessidade de utilização de fármacos (antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivos), avaliação do sangramento, níveis pressóricos e opções de planejamento familiar. Quanto ao recém-nascido é avaliada a necessidade do uso de antibiótico e as boas práticas de amamentação. Relacionado tanto a mãe quanto ao recém-nascido a existência do agendamento da consulta de seguimento e orientação para solicitação de ajuda diante dos sinais de perigo após a alta hospitalar. São



considerados sinais de perigo para o recém-nascido: respiração acelerada/difícil, febre, frio anormal, falta de apetite, menos atividade do que o normal e icterícia.

Determinadas situações, identificadas pelas enfermeiras antes da alta hospitalar, são comunicadas a equipe médica, para decisão da conduta medicamentosa. São elas uso de antibióticos nas situações de infecções e nas cesáreas, relatado respectivamente por 10 (100,0%) e 2 (20,0%) enfermeiras. Já o sulfato de magnésio, 6 (60,0%) enfermeiras referiram o seu uso para crises hipertensivas e relataram que os anti-hipertensivos são utilizados para crises/picos hipertensivas e para puérperas com diagnóstico de hipertensão arterial crônica, respectivamente por 10 (100,0%) e 8 (80,0%) entrevistadas.

A conduta frente a identificação de sangramento anormal para 9 (90%) enfermeiras é comunicar à equipe médica, 7 (70%) verificam se a puérpera tem acesso venoso, 3 (30%) realizam a monitorização dos parâmetros vitais e 5 (50%) iniciam massagens uterinas. O adiantamento da alta da puérpera, foi relatado por 9 (90%) enfermeiras quando os sinais vitais estiverem alterados, 6 (60%) referiram as situações de sangramento aumentado e 5 (50%) relataram a situações para tratamento para infecções.

Em relação à administração de antibióticos ao recém-nascido, 7 (70%) enfermeiras referiram que o neonatologista indica para situações de diagnóstico de sífilis congênita e 4 (40%) para profilaxia renal, todavia 6 (60%) enfermeiras relatam que não são administrados na UIO, nesse caso o recém-nascido é transferido para Unidade de Terapia Intensiva em Neonatologia. Se o recém-nascido estiver com dificuldade de amamentação, 9 (90%) enfermeiras relataram que a alta será adiada.

Ainda antes da alta, é preconizada a educação da mulher e do acompanhante visando o planejamento familiar, a consulta de seguimento e a identificação de sinais de perigo. A totalidade das enfermeiras relataram que é oferecido anticoncepção antes da alta hospitalar, 9 (90%) enfermeiras relataram o agendamento de consulta para o seguimento na rede de atenção básica do município. Com relação a identificação dos sinais de perigo no recém-nascido, 7 (70%) enfermeiras relataram que deve ser procurado por ajuda caso o mesmo não esteja mamando e 3 (30%) apontaram as situações de alteração no coto umbilical. Já em relação a puérpera, 4 (40%) enfermeiras relatam presença de dor e sangramento.

## **DISCUSSÃO**

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros ajuda os profissionais de saúde a desempenharem as práticas essenciais de parto, nos momentos críticos durante o nascimento,

em todos os partos. Para sua elaboração foi considerada a sequência de rotina dos eventos e as práticas essenciais do parto foram agrupadas em quatro momentos. Assim, no primeiro momento é importante que o profissional verifique se a gestante apresenta alguma complicação clínica e/ou obstétrica e o suporte necessário para ser atendida na instituição. Caso o serviço não consiga suprir as necessidades de saúde da gestante deve providenciar sua transferência<sup>(7)</sup>.

No Hospital Universitário, campo do estudo em tela, por ser referência para gestação de risco no Estado, todas as gestantes são acolhidas, classificadas e recebem o acompanhamento necessário e conforme preconizado pela OMS. Protocolos de classificação de risco são também utilizados em maternidades que enfrentam desafios relacionados à elevada demanda espontânea, com foco na articulação com a rede de atenção básica à saúde. De modo a organizar e coordenar os pontos de atenção em saúde obstétrica para que todas as mulheres sejam acolhidas e recebam os cuidados necessários de acordo com sua condição clínica<sup>(17)</sup>.

Em seguida, as enfermeiras do estudo relatam a utilização do partograma, sendo essa uma ferramenta que auxilia os profissionais de saúde no monitoramento do progresso do parto, evitando trabalhos de partos prolongados e procedimentos operatórios desnecessários, reduzindo a mortalidade neonatal<sup>(18)</sup>. Este instrumento é composto por parâmetros que devem ser avaliados fornecendo dados em gráfico para subsidiar a análise do desenvolvimento do trabalho de parto e tomada de decisões, devendo ser iniciado na fase ativa do trabalho de parto<sup>(19)</sup>. Esta prática essencial está em conformidade com o preconizado pela Lista de Verificação, visto que é amplamente utilizado pela equipe de saúde da instituição do estudo e iniciado no momento oportuno (fase ativa do trabalho de parto). Destaca-se a importância do início e do preenchimento adequado desse instrumento, uma vez que as anotações inadequadas podem aumentar mais de duas vezes a taxa de cesarianas, quando iniciado na fase latente do trabalho de parto<sup>(20)</sup>.

Para a utilização correta do partograma faz-se necessário à capacitação de todos os profissionais envolvidos no cuidado à gestante, visto que todos se beneficiariam com as informações nele contidas<sup>(21)</sup>.

A periodicidade dos registros no partograma recomendados pela OMS indica que as contrações uterinas, os batimentos cardíofetais e batimentos cardíacos maternos sejam realizados a cada 30 minutos. Assim, conforme relatado pelas enfermeiras considera-se que essa ação está parcialmente conforme, visto que não houve padronização quanto à frequência

de realização dessas avaliações. Em relação à mensuração da temperatura corporal, a indicação é que seja registrada a cada duas horas e a tensão arterial sistêmica a cada quatro horas<sup>(7)</sup>, esses intervalos de tempo não foram relatados pelas enfermeiras entrevistadas.

Outra prática essencial no momento da admissão refere-se à identificação da necessidade do uso de antibiótico. Em situações em que a gestante apresente infecção bacteriana ou risco de infecção o uso de antibiótico deve ser iniciado visando evitar danos ao feto e ao recém-nascido. O uso de antibiótico é indicado na presença de sinais clínicos de infecção como febre, corrimento vaginal fétido e bolsa rota maior que 18 horas' a administração deve ocorrer o mais rapidamente possível<sup>(7)</sup>. Essa conduta assistencial na instituição investigada está em conformidade à recomendação internacional. Estudos demonstram a eficácia do uso de antibiótico profilaxia em cesáreas e curetagem<sup>(22)</sup>.

Ainda relacionado à utilização de fármacos, destaca-se outra situação clínica que pode ocorrer na gestação, e que se faz necessária a intervenção medicamentosa, é a pré-eclampsia que tem o sulfato de magnésio como fármaco de primeira escolha. Esse agravo caracteriza-se pelo aumento da tensão arterial sistêmica e proteinúria<sup>(23)</sup>. A diretriz internacional recomenda a administração de sulfato de magnésio se pressão arterial diastólica for  $\geq 110$  mmHg e proteinúria maior que três ou pressão arterial diastólica for  $\geq 90$  mmHg, proteinúria maior que dois e tenha sinais clínicos de hipertensão como cefaleia e distúrbio visual<sup>(7)</sup>. Estudos demonstram a efetividade deste fármaco em comparação com outros tratamentos para hipertensão, sendo também utilizado para neuroproteção em prematuros<sup>(23)</sup>. A decisão clínica pela equipe de saúde para esta conduta medicamentosa, conforme relato das enfermeiras do estudo engloba a avaliação dos níveis pressóricos, no entanto literatura aponta que outras manifestações clínicas também devem ser consideradas<sup>(9, 24)</sup>.

Sendo indicado o uso de medicamentos, os profissionais de saúde devem seguir os nove certos para administração de medicamentos que englobam a verificação do paciente, medicamento, via, horário, dose, registro, razão, forma e resposta conforme meta internacional de Segurança do Paciente. Referente ao medicamento certo, prevê que os profissionais de saúde certifiquem-se que o paciente não seja alérgico ao fármaco administrado, caso o paciente ou familiares relatem alergia a determinado medicamento deve ser realizado um registro no prontuário e a cada prescrição prevendo que não seja dispensado e administrado medicações que possam trazer riscos ao paciente<sup>(25)</sup>.

As práticas referentes ao medicamento correto estão em conformidade com o preconizado pela Lista de Verificação, pois em sua totalidade, antes da administração de qualquer

medicamento é conferido se a gestante tem alergia, caso tenha é identificada, sendo registrado em seu prontuário, estudo relata que todos os itens são importantes para proporcionar a devida segurança na administração de medicamentos<sup>(26)</sup>.

Outra ação de conferência neste momento refere-se a lavagem de mãos por parte dos profissionais de saúde, que podem ser agentes transmissores de infecções às gestantes<sup>(27)</sup>. Desse modo, disponibilizar recursos materiais para realização dos exames vaginais e para higiene das mãos é uma meta institucional do Hospital Universitário, estando esta prática essencial em conformidade com o preconizado pela Lista de Verificação.

A Lista prevê ainda nesse primeiro momento que os profissionais de saúde permitam/encorajem a presença de um acompanhante por garantir diversos benefícios à gestante, como maior tranquilidade à mulher, menor uso de analgésicos, favorece a evolução do parto normal, e também traz benefícios ao bebê, como maior vínculo após o nascimento<sup>(27)</sup>. Em 2005 o Brasil aprovou legislação que respalda o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato<sup>(28)</sup>. Esta prática favorece a segurança do binômio mãe/bebê e configura-se como um importante suporte contínuo durante o trabalho de parto e parto, estendendo os cuidados ao recém-nascido e a mulher no pós-parto imediato e no alojamento conjunto<sup>(27)</sup>.

As orientações realizadas pela equipe de saúde fornecem subsídios a mulher e seu acompanhante para identificar alterações clínicas que necessitam de solicitação de ajuda. Muitas das enfermeiras entrevistadas referiram realizar as orientações acerca dos sinais de perigo, o que caracteriza uma ação recomendada na Lista de verificação.

No segundo momento previsto pela OMS destaca-se a importância de tranquilizar a gestante antes do parto e prever situações que possam ser resolvidas antes do parto/cesárea, como utilização de antibiótico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivo e ainda sobre existência de recursos e materiais para atendimento à mulher e ao recém-nascido.

Em relação ao uso de medicações, a OMS preconiza a administração de antibióticos para infecções com episódio febre, corrimento vaginal fétido, rompimento das membranas amnióticas há mais de 18 horas e em casos de cesárea<sup>(7,27)</sup>. De acordo com os relatos das enfermeiras, as ações estão de acordo com o preconizado, pois foi citado infecções e profilaxia antes da realização da cesárea. Estudo descreve a diminuição de infecções relacionada a procedimentos invasivos, todavia o momento da administração do antibiótico ainda não existe um consenso devendo ser administrado o mais rápido possível<sup>(29)</sup>.

O uso de sulfato de magnésio e anti-hipertensivo visa evitar situações como convulsão e acidente vascular cerebral, os critérios de sua administração permanecem os mesmos do primeiro momento<sup>(7)</sup>, todavia é essencial o controle dos níveis pressóricos evitando os desfechos indesejáveis quando esses encontram-se elevados tais como, morte perinatal, insuficiência renal, nascimento prematuro, restrição de crescimento intrauterino, hemorragia pré e pós parto<sup>(30-31)</sup>. Segundo o relatado pelas enfermeiras, as indicações da administração do sulfato de magnésio estão parcialmente em conformidade com a Lista visto que não foi referido para esse momento, a necessidade da avaliação clínica e dos níveis de proteinúria.

A conferência dos materiais necessários para a realização do parto é realizado pela equipe de enfermagem, que são fundamentais para garantir a segurança da paciente. O preparo antecipado de ocitocina é recomendado, permitindo que o profissional de saúde, caso seja necessário, possa realizar manobras de reanimação ao recém-nascido, visto que as manobras devam iniciar-se no primeiro minuto de vida e a administração de ocitocina intramuscular no primeiro minuto após o nascimento<sup>(32-34)</sup>. O achado do estudo em tela está em conformidade com a Lista da OMS, visto que é realizada a conferência de todos os materiais e a ocitocina é administrada imediatamente após o parto.

Referente aos cuidados com a mãe após o nascimento, primeiramente o profissional obstetra deve verificar que não tenham mais fetos para nascer, logo em seguida é recomendada a administração de ocitocina no primeiro minuto, laquear e cortar o cordão umbilical entre o 1-3 minutos de vida do recém-nascido e massagear o útero após a expulsão da placenta, técnica que assegura que o útero esteja contraído, evitando a hemorragia pós parto<sup>(7)</sup>. Todos os cuidados acima descritos foram citados pelas enfermeiras e são realizados na instituição conforme o preconizado pela Lista de Verificação.

Os cuidados imediatos com o recém-nascido incluem primeiramente a secagem para ser aquecido e manter temperatura corporal adequada, com o processo de secagem o recém-nascido já é estimulado para chorar e respirar. O cordão deve ser laqueado e cortado com tesoura estéril para prevenir infecções<sup>(7)</sup>. Caso o recém-nascido não respire imediatamente após o nascimento deve ser utilizado o dispositivo de aspiração, máscara e todo o suporte necessário para reanimá-lo o mais rápido possível. Esse primeiro minuto é chamado de minuto de ouro para o recém-nascido<sup>(33)</sup>. Esses primeiros cuidados são realizados pelos neonatologistas segundo as entrevistadas do estudo, sendo essa prática essencial adequada ao preconizado pela OMS.

Nas situações em que o recém-nascido apresenta boas condições de vitalidade é estimulado o aleitamento materno, destaca-se que a recomendação para o sucesso do aleitamento materno, sugerido pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, é o contato pele a pele por uma hora. Trata-se de um momento importante para o estímulo e incentivo a amamentação ao qual auxilia as mães a perceberem o quanto seu bebê está pronto para alimentar-se<sup>(35)</sup>. Também outros benefícios a curto e longo prazo são a estabilidade da temperatura, ajuda na expulsão da placenta e favorece o vínculo da mãe e do bebê<sup>(36)</sup>. Desse modo, considera-se que estas ações estão conforme o preconizado na Lista de Verificação pois todos os profissionais proporcionam o contato pele a pele caso o bebê e mãe estejam em boas condições clínicas e estimulam e incentivam o aleitamento materno.

A Lista de Verificação recomenda que no momento imediato anterior a expulsão (ou antes da cesárea), caracterizado por um momento ápice para possíveis complicações à gestante e ao recém-nascido, a equipe de saúde certifique-se que o assistente responsável pelo parto seja identificado, visto que na presença de complicações e/ou necessidade de apoio durante a assistência desse momento, o mesmo poderá prontamente ser acionado. No protocolo assistencial da instituição investigada essa prática está em conformidade ao preconizado dispondo de recurso humano para este fim.

O terceiro momento que se refere ao período logo após o parto (no espaço de 1 hora) ressalta-se a necessidade de detectar e tratar possíveis complicações decorrentes do parto, orientar a mãe e o acompanhante quais situações devem pedir ajuda<sup>(9)</sup>.

As principais causas de mortalidade materna no Brasil são as síndromes hipertensivas e as hemorrágicas<sup>(37)</sup>. O enfermeiro deve participar ativamente de ações para a prevenção da mortalidade materna atentando nesse momento para o riscos de hemorragia e os cuidados que devam ser realizados com base nos sinais clínicos da puérpera<sup>(38)</sup>, assim como para os sinais e sintomas de pré-eclampsia e de seu agravamento.

A hemorragia pós parto pode acontecer por diversas situações sendo necessário atenção da equipe assistencial e a realizações de intervenções conforme os sinais clínicos da mulher, há protocolos institucionais que guiam a tomada de decisões como, massagem uterina, administração de volumes intravenosos, aferição dos sinais vitais<sup>(7)</sup>. Essas situações foram referidas pelas enfermeiras entrevistadas e desta forma, estão em conformidade com o preconizado na Lista de Verificação.

Relacionado ao uso de medicamentos, os antibióticos devem ser administrados se houver laceração perineal de terceiro ou quarto grau, febre, corrimento vaginal fétido,

tremores e nas situações de extração manual da placenta<sup>(7)</sup>. Os relatos das enfermeiras estão parcialmente conforme a orientação da OMS pois citaram somente as situações de infecção e temperatura corporal elevada. Ressalta-se a necessidade da verificação de outros aspectos importantes, como a presença de lacerações cuja frequência vem aumentando, no passo que o número de episiotomia vem diminuindo<sup>(40)</sup>.

Referente ao uso de anti-hipertensivos, nas situações de pré-eclampsia grave ou eclampsia o medicamento de primeira escolha é o sulfato de magnésio, por esse motivo torna-se importante avaliação da mulher quanto aos sinais e sintomas de agravamento. Considera-se este item parcialmente conforme com o preconizado pela Lista de Verificação, visto que as enfermeiras citam como indicação para sulfato de magnésio a síndrome hipertensiva não sendo especificado a proteinúria, o marcador para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Todavia, estudos demonstram ser variável o aparecimento desse marcador, não sendo obrigatória a sua presença para confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia, o que justifica a indicação de sulfato de magnésio para síndromes hipertensivas sem a necessidade do valor da proteinúria. Em contraponto, reforça-se que valores elevados de proteinúria sugerem piores desfechos clínicos<sup>(41)</sup>.

Além dos cuidados com a mãe, deve-se atentar para os cuidados ao recém-nascidos nas primeiras horas de vida. Caso necessite receber antibiótico, o mesmo é prescrito pela equipe médica, levando em consideração o exame físico do recém-nascido e histórico materno, pois os sinais clínicos de infecção podem demorar para se manifestarem, desta forma a avaliação dos fatores de risco tornam-se importantes para iniciar a profilaxia o mais breve possível<sup>(39)</sup>. Os sinais clínicos do recém-nascido também devem ser considerados, tais como, alteração da frequência respiratória, retração torácica, gemidos, hipotermia, febre, reação lenta aos estímulos. Caso o recém-nascido necessite de antibióticos, ele é transferido para uma unidade de neonatologia, para ser monitorado<sup>(7)</sup>. Com relação a essa prática essencial descrita pela OMS considera-se que a conduta da equipe da instituição estudada encontra-se em conformidade.

O profissional de saúde deve orientar a mulher e o acompanhante a solicitar auxílio imediato caso ocorra algum sinal de perigo como, distúrbio visual, cefaleia, dor abdominal, hemorragia, dificuldades em urinar, respiração difícil, febre, e, nos casos em que o bebê apresente dificuldade em respirar, febre, não consiga mamar e não reativo aos estímulos<sup>(27)</sup>. Essa ação de orientação foi parcialmente adequada aos parâmetros da OMS uma vez que as orientações elencadas pelas enfermeiras não contemplaram todos os sinais de

perigos que merecem atenção neste momento da Lista de Verificação. As orientações destacadas pelas entrevistadas foram aspectos referentes à amamentação, eliminações, dor, hemorragia e tonturas.

No quarto momento, considerado o período antes da alta, é primordial verificar se a puérpera e o recém-nascido estão bem de saúde e conseguirão suprir suas necessidades fora do ambiente hospitalar. Para tal é importante a permanência no hospital por no mínimo por 24 horas, levando em consideração as altas taxas de mortalidade materna e infantil nas primeiras horas de vida. Caso o recém-nascido não esteja se alimentando a alta deve ser suspensa<sup>(7)</sup>. As enfermeiras em sua maioria relatam que os recém-nascidos que não estão com a amamentação estabelecida ou o façam com muita dificuldade a alta é suspensa, o que corrobora com as recomendações internacionais da OMS.

Nesse momento deve ocorrer as orientações sobre o planejamento reprodutivo e abordagem dos diferentes tipos e indicações de métodos contraceptivos (considerando os critérios de elegibilidade) de modo que possibilite a mulher optar pelo método que melhor se adeque a seu contexto de vida e social. A educação em saúde é fundamental para que haja a continuidade nos cuidados que serão realizados com a mulher e o recém-nascido, sendo importante a referência à rede de atenção básica à saúde para a continuidade do cuidado<sup>(7)</sup>. Enfermeiras relatam que tais orientações e o agendamento para seguimento na atenção básica no município são realizados, de forma que encontra-se em conformidade com o preconizado pela Lista de Verificação.

### **Limitação do estudo**

Faz-se necessário a inclusão de outros profissionais de saúde que prestam assistência à mulher no processo de parturição em futuros estudos, visto que a equipe de saúde deve atuar de modo integrado às ações de qualificação da assistência obstétrica e segurança do paciente. Explorar essa questão, foi a principal limitação, visto que muitas práticas essenciais elencadas são de processo decisório clínico/obstétrico médico e não atribuição das enfermeiras nesta instituição.

### **Contribuição para área da enfermagem**

A utilização do dispositivo Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros favorece a qualificação do processo de trabalho da Enfermagem no que tange a segurança do paciente na obstetrícia, visto que é uma ferramenta que oportuniza a identificação precoce de situações



que auxiliam na tomada de decisão para conduta clínica, evitando assim desfechos desfavoráveis ao binômio mãe-bebê.

## **CONCLUSÃO**

Verificou-se que as ações como indicação para o início do partograma, uso de medicações, verificação se a gestante tem alergia, cuidados com o recém-nascido, contato pele a pele, incentivo da participação do acompanhante, administração de ocitocina, disponibilidade de materiais estéreis para consulta e parto, disponibilidade de materiais para lavagem de mãos e aleitamento materno são práticas essenciais da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros já implementadas no processo de trabalho da equipe de saúde da área obstétrica do Hospital Universitário em questão.

Concluiu-se que a implementação da Lista, entendida como uma ferramenta inovadora na assistência obstétrica, acrescenta oportunidade de melhorias e qualificação das práticas essenciais à instituição estudada, como as orientações sobre os sinais clínicos de agravamento da condição de saúde e a periodicidade de mensuração e registro de parâmetros no partograma. Para assegurar a manutenção e aprimoramento das práticas essenciais, visando a qualificação da assistência obstétrica, recomenda-se o uso de estratégias e tecnologias que fortaleçam a cultura de segurança do paciente na instituição como a Lista de Verificação para Partos Seguros.

## **REFERÊNCIAS**

1 - Marcolin AC. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Revista Bras Ginecologia e Obstetrícia*. 2015; 37(10):441-445.

2 - Ministério da Saúde. DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS [homepage da internet]. Nascidos vivos no Brasil [acesso em 05 de jun de 2018]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>.

3 - Mason E, McDougall L, Lawn JE, Gupta A, Claeson M, Pillay Y, et al. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet*. 2014 Aug 2; 384(9941): 67-455.

4 - World Health Organization. Maternal mortality. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

- 5 - Leontine A, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. National, regional, and global levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015 with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016 Jan 30; 387(10017): 462-474.
- 6 - Global Burden of Disease Study 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8; 322(10053): 1725-1774.
- 7 - Organização Mundial da Saúde. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 jun 2017.
- 8 - Kumar S, Yadav V, Balasubramaniam S, Jain Y, Shekhar C, Saran K, Sood B. Effectiveness of the WHO SCC on improving adherence to essential practices during childbirth, in resource constrained settings. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Dec; 16(345).
- 9 - Kabongo L, Gass J, Kivondo B, et al. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia. *BMJ Open Quality*. 2017; 6(145).
- 10 - Spector MJ, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PlosOne*. 2012 May 16; 7(5). Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0035151&type=printable>>.
- 11 - Semrau EAK, Hirschhorn RL, Delaney MM, Singh PV, Saurastri R, Sharma N, et al. Outcomes of a Coaching-Based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India. *The New England Journal of Medicine*. 2017 Dec 14; 377(24): 2387 – 2388.
- 12 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida - recurso eletrônico. Brasília. 2017/a; 51 p.
- 13 - Praxedes AO, Arrais L, Araújo MAA, Silva EMM, Gama ZAS, Freitas MR. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(10):e00034516.

14 – Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, 2017.

15 - 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. Diário Oficial da União. Brasília. 2012 Dez 12. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 22 jun 2017/b.

16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001.

17 - Figueiroa MN, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. Escola Anna Nery. 2017; 21(4). Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf)>.

18 - World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994 Jun 4; 343(8910): 1404 – 1399.

19 - Yisma E, Dessalegn B, Astatkie A, Fesseha N. Knowledge and utilization of partograph among obstetric care givers in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013 Jan 13;13-17.

20 - Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane DatabaseSystRev [online]. 2013 jul 10; 7. Disponível em: < doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.>.

21 - Alexandre DF, Mamede FV, Prudêncio PS. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. Enfermagem Obstétrica. 2016; 3(34). Disponível em: file:///C:/Users/molit/Downloads/34-245-1-PB.pdf

22 - Costa A, Freitas AL, Mendoza JFW, Mazzuca ACP, Akamine N, Riera R. Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre antibioticoprofilaxia em cirurgia. Diagnóstico e tratamento. 2016 Out – Dez; 21(4): 177-185.

23 - Rodríguez H, Beltrán A. Cuidado Intensivo Neonatal, Manejo del Dolor Oncológico - Aproximación a la farmacología del sulfato de magnesio desde la perspectiva obstétrica. Revista Publiindex - MedUNAB. 2016 abril-jul; 19(1).

24 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Editora do Ministério da Saúde, 2012; 5.

25 - Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Ministério da Saúde. 2013

26 - Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Menezes MO, De Oliveira JKA, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(4): e2017-0029. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>>.

27 - World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice. 2015; 3 ed.

28 - Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>.

29 - Zimmermann JB et al. A antibioticoprofilaxia nos diferentes tipos de parto. FEMINA. 2010 jun; 38(6). Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n6/a1511.pdf>>.

30 - Santos BCL et al. Importância da implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 502-510

31 - World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2011.

32 - Moucheraud C, Gass J, Lipsitz S, Spector J, Agrawal P, Hirschhorn LR, Gawande A, Kodkany B. Bedside Availability of Prepared Oxytocin and Rapid Administration After Delivery to Prevent Postpartum Hemorrhage: An Observational Study in Karnataka, India. Global Health: Science and Practice. 2015 Jun 12; 3(2): 300-304.

33 - Benefits of advance oxytocin preparation could extend to the newborn. Glob Health: Science and Practice. 2015; 3(2): 149. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00156>>.

34 - World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. 2012.

35 - Organização Mundial da Saúde - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - módulo 1: histórico e implementação. Série A – Normas e Manuais técnicos. Ministério da Saúde. 2008.

36 - Santos LM, Silva da JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana de RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014 mar-abr; 67(2): 7-202.

37 - Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna/Maternal mortality. *Revista Med Minas Gerais*. 2015 abril; 25(2): 168-174.

38 - Barbastefano OS, Vargens OMC. Maternal mortality prevention: a challenge for nurses. *Rev Bras Enfermagem*. 2009 mar-abril; 62(2): 82-278. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200017>

39 - Stocker M, Berger C, McDougall J, Giannoni E. Recommendations for term and late preterm infants at risk for perinatal bacterial infection - Revised guidelines of the Swiss Society of Neonatology in collaboration with the Paediatric Infectious Disease Group of Switzerland (PIGS): modified version based on a previous publication in the *Journal of the Swiss Society of Paediatrics*. *Swiss Medical Weekly*. 2013 sep 19; 143.

40 - Teixeira C, Barros H. Prevalência de laceração perineal severa de acordo com o uso de episiotomia: tendência temporais em Portugal. *GacetaSanitária*. 2016; ISSN 0213-9111: 65-66.

41 - Dong X et al. Proteinuria in preeclampsia: Not essential to diagnosis but related to disease severity and fetal outcomes. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. 2017 april; 8: 60–64.

## ANEXO A LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS

### ANTES DO PARTO

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



<div style="display: inline-block; border: 1px solid white; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-right: 10px;">1</div> <b>Na Admissão</b>	
<p><b>A mãe tem de ser transferida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, organizada</p>	<p>Verificar os critérios da unidade de saúde</p>
<p><b>Partograma iniciado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não, inicia a partir de <math>\geq 4</math>cm</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Começa a registar no partograma quando o cívix for <math>\geq 4</math> cm, depois o cívix deve dilatar <math>\geq 1</math> cm/h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A cada 30 min: registar FC, contrações, FC fetal</li> <li>• A cada 2 h: registar a temperatura</li> <li>• A cada 4 h: registar TA</li> </ul>
<p><b>A mãe precisa de tomar:</b></p> <p><b>Antibióticos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p><b>Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?</b></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"> <li>• A temperatura <math>\geq 38^\circ\text{C}</math></li> <li>• História de corrimento vaginal fétido</li> <li>• Rotura de membranas <math>&gt; 18</math> h</li> </ul> <p>Administrar sulfato de magnésio à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A TA diastólica for <math>\geq 110</math> mmHg e proteinúria 3+</li> <li>• A TA diastólica for <math>\geq 90</math> mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica</li> </ul> <p>Administrar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica for <math>&gt; 160</math> mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectivo: manter a TA <math>&lt; 150/100</math> mmHg</li> </ul>
<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"> <li>• Hemorragia</li> <li>• Dor abdominal grave</li> <li>• Dor de cabeça forte ou distúrbio visual</li> <li>• Incapacidade de urinar</li> <li>• Necessidade de fazer força</li> </ul>

Esta Lista de Verificação não pretende ser exacta e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acrescentos e modificações de acordo com as práticas.

## 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

*Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?*

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

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

**Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:**

- TA diastólica  $\geq 110$  mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica  $\geq 90$  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

*Para o bebé*

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

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

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.

## 3

## Logo após o parto (no espaço de 1 hora)

**A mãe tem sangramento anormal?**

- Não  
 Sim, pedir ajuda

Se sangramento anormal:

- Massajar o útero
- Considerar mais uterotónico
- Iniciar fluidos IV e manter a mãe quente
- Tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina

**A mãe precisa de tomar:**

*Antibióticos?*

- Não  
 Sim, administrados

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:

- Tremores
- Corrimento vaginal fétido

Se a mãe tiver laceração do perineo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infecção

*Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?*

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

Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:

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

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

**O bebé precisa de:**

*Transferência?*

- Não  
 Sim, efectuada

Verificar os critérios da sua unidade de saúde.

*Antibióticos?*

- Não  
 Sim, administrados

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:

- 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  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

*Cuidados especiais e monitorização?*

- Não  
 Sim, organizados

Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:

- Prematuro de mais de um mês
- Peso à nascença  $< 2500$  gramas
- Precisar de antibióticos
- Precisar de reanimação

**Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).**

**Confirmar que a mãe / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.**



## 4

## Antes da alta

Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.

**A mãe precisa de tomar antibióticos?**

- Não  
 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?**

- Não, tratar e adiar a alta  
 Sim

Dar sulfato de magnésio à mãe, se:  
 • TA diastólica  $\geq 110$  mmHg e proteinúria 3+  
 • TA diastólica  $\geq 90$  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?**

- Não  
 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?**

- Não  
 Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais

Dar antibióticos ao bebé, se:  
 • 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 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?**

- Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta  
 Sim

Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.

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:**

- Hemorragia
- Dor abdominal grave
- Forte dor de cabeça ou distúrbio visual
- Respiração difícil
- Febre ou tremores
- Dificuldade em urinar
- Dor epigástrica

**O bebé tem:**

- Respiração acelerada/difícil
- Febre
- Frio anormal
- Falta de apetite
- Menos actividade do que o normal
- Amarelhecimento de todo o corpo



	[0] Não [1] Sim	
Enf. Obst.	14. Qual indicação para o início do partograma?	
Enf. Obst.	15. Qual Intervalo de tempo utilizado para avaliação das contrações?	
Enf. Obst.	16. Qual Intervalo de tempo para avaliação dos BCF?	
Enf. Obst.	17. Qual Intervalo de tempo utilizado para avaliação da frequência cardíaca da parturiente?	
Enf. Obst.	18. Qual intervalo de tempo para avaliação da temperatura da parturiente?	
Enf. Obst.	19. Qual intervalo de tempo para avaliação da PA da parturiente?	
Enf. Obst.	20. Qual indicação para administração de antibióticos para gestante?	
Enf. Obst.	21. Qual indicação para administração de Sulfato de Magnésio?	
Enf. Obst.	22. Qual indicação para administração de Anti-hipertensivos?	
Enf. Obst.	23. A Gestante/Acompanhante são orientados a solicitar auxílio em quais situações?	
Enf. Obst.	24. É disponibilizado material para lavar as mãos e luvas para cada exame vaginal? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst.	25. A presença do acompanhante é permitida/encoraja durante o trabalho de parto?	[ ]

	[0] Não [1] Sim	
--	-----------------	--

**2º MOMENTO: Sala de Parto**

Enf. Obst.	26. O profissional obstetra responsável pelo procedimento está identificado? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst.	27. Qual indicação para administração de antibióticos para gestante?	
Enf. Obst.	28. Qual indicação para administração de Sulfato de Magnésio?	
Enf. Obst.	29. Qual indicação para administração de Anti-hipertensivos?	
Enf. Obst.	30. É disponibilizado materiais de higiene (desinfetantes à base de álcool, sabão e água) e luvas [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst.	31. Há ocitocina disponível? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst. Neo.	32. Há disponibilidade de campos/compressas/ limpas para o RN? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst. Neo.	33. Há disponibilidade de lâmina/tesoura estéril para cortar o cordão umbilical? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Neo.	34. Há disponibilidade de dispositivo de aspiração? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Neo.	35. Há disponibilidade de balão e máscara pediátrica? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst.	36. É administrada ocitocina após o parto? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst.	37. Se sim, em quanto tempo? (em minutos)	[ ]
Enf. Obst.	38. Por quanto tempo se aguarda dequitação espontânea? (em	[ ]

	minutos)	
Enf. Obst.	39. Após a dequitação/expulsão da placenta quais procedimentos são realizados na mãe?	
Enf. Neo.	40. Quais os cuidados realizados com RN logo após o nascimento?	
Enf. Neo.	41. Se a mãe/bebê estiverem bem inicia contato pele a pele? [0] Não [1] Sim	[     ]
Enf. Neo.	42. Se a mãe/bebê estiverem bem inicia amamentação? [0] Não [1] Sim	[     ]
Enf. Neo.	43. Qual a conduta utilizada se o RN não respirar imediatamente após o nascimento?	
Enf. Neo.	44. Se o RN continuar não respirando qual conduta utilizada?	

### 3º **MOMENTO:** Sala de Recuperação

Enf. Obst.	45. Qual conduta utilizada quando há sangramento anormal?	
Enf. Obst.	46. Qual indicação para administração de antibióticos na SR?	
Enf. Obst.	47. Qual indicação para administração de sulfato de magnésio na SR?	
Enf. Obst.	48. Qual indicação para administração de anti-hipertensivo na SR?	
Enf. Neo.	49. Quais são os critérios para transferência do RN para UTI NEO?	
Enf. Neo.	50. Quais critérios para administração de antibióticos ao RN?	

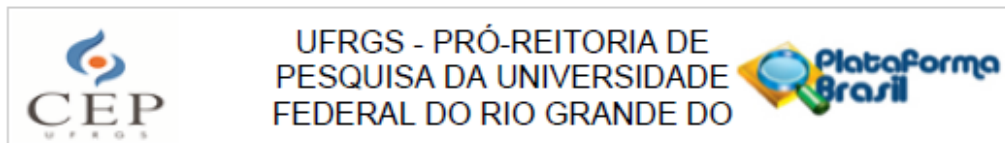
Enf. Neo.	51. Quais condições clínicas do RN indicam necessidade de cuidados/monitorização especial que possam ser realizados na UCO?
Enf. Obst. Neo.	52. A Mãe/Acompanhante são orientados a solicitar auxílio em quais situações?

#### 4º MOMENTO: UIO

Enf. Obst.	53. Quais critérios para administração de antibióticos para gestante?	
Enf. Obst.	54. Quais critérios para administração de Sulfato de Magnésio?	
Enf. Obst.	55. Quais critérios para administração de Anti-hipertensivos?	
Enf. Obst.	56. Quais situações clínicas são motivo de adiamento da alta hospitalar da puérpera?	
Enf. Obst.	57. Qual conduta utilizada quando há sangramento anormal?	
Enf. Neo.	58. Quais critérios para administração de antibióticos ao RN?	
Enf. Neo.	59. Para os RN com dificuldades de amamentação a alta é suspensa? [0] Não [1] Sim	[    ]
Enf. Obst.	60. É conversado com a mãe sobre as opções de anticoncepção/planeamento familiar? [0] Não [1] Sim	[    ]
Enf. Obst.	61. É Marcado/agendado consulta de seguimento/revisão para mulher? [0] Não [1] Sim	[    ]

Enf. Neo.	62. É Marcado/agendado consulta de seguimento/revisão para RN? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst. Neo.	63. A Mãe/Acompanhante são orientados a solicitar auxilio em quais situações? [0] Não [1] Sim	[ ]
Enf. Obst. Neo.	64. Gostaria de citar alguma outra prática que você considera relevante para a assistência e que envolve a segurança do paciente?	

## ANEXO C COMITÊ DE ÉTICA DO HCPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST NASCIMENTO SEGURO: CICLO DE MELHORIA DA QUALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA OBSTETRÍCIA

**Pesquisador:** Leticia Becker Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 67803617.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.122.324

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de desenvolvimento e pesquisa com o objetivo geral de analisar o processo de implantação do checklist nascimento seguro e as oportunidades de melhoria da qualidade e segurança do paciente na obstetrícia. Será desenvolvido um Estudo de Intervenção do tipo Ciclo de Melhoria da Qualidade com abordagem de método misto. A Unidade de Centro Obstétrico e a Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre são as unidades onde se pretende implementar e testar a Lista de Verificação. A população em estudo será composta pelos integrantes da equipe multiprofissional que atuam na UCO/UIO. Este estudo contemplará três ciclos de desenvolvimento, sendo os dois primeiros compostos por três fases e o último por apenas duas. Os dados quantitativos serão coletados por meio de bases de dados institucionais, relativos aos indicadores de incidentes relacionados aos processo assistencial a [SIC] saúde materno infantil e por meio de instrumento de coleta de dados. Os dados qualitativos serão coletados por meio de grupos focais. Os dados serão analisados por meio de análise descritiva, analítica e temática.

Hipótese: a Lista de Verificação do Nascimento Seguro é um dispositivo eficiente para a segurança do paciente no processo de cuidado à gestante e ao recém-nascido e contribui na construção da cultura da segurança a partir da adoção de práticas seguras, prevenção de incidentes de segurança

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



## ANEXO D-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Título do Projeto: **PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST NASCIMENTO SEGURO: CICLO DE MELHORIA DA QUALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA OBSTETRÍCIA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar o processo de implantação do *checklist* parto/nascimento seguro e as oportunidades de melhoria da qualidade e segurança do paciente na obstetrícia.

Esta pesquisa está sendo realizada pelos pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec) da UFRGS.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: (1) participar de dois encontros para *brainstorming* (técnica de discussão em grupo que se vale da contribuição espontânea de ideias por parte dos participantes); (2) participar de três encontros para grupo focal (uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador se reúne com uma determinada quantidade de pessoas com objetivo dialogar e debater, com e entre eles, sobre informações de um tema específico) e; (3) responder um questionário semiestruturado sobre questões relacionadas ao processo de assistência a gestante e recém-nascido. Resumindo, contaremos com sua participação em seis encontros que serão realizados em diferentes datas, previamente agendadas, e com tempo previsto para participação em cada uma das atividades entre 30 e 60 minutos, com horário previamente agendado. O local para realização da coleta de dados será reservado e garantirá a privacidade dos participantes. Os pesquisadores não irão interferir nas rotinas e dinâmicas de trabalho dos profissionais e tampouco nas rotinas pré-estabelecidas pela área.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados a um eventual desconforto em relatar situações vivenciadas ou identificar fragilidades no seu local de trabalho.

Os principais benefícios decorrentes da pesquisa estão relacionados aos avanços no processo assistencial no processo parturitivo e refletirão na qualidade do cuidado em saúde oferecido aos pacientes, bem como desenvolvimento de estratégias para prevenção de incidentes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo na avaliação funcional ou gestão de desempenho na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos, os quais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. As transcrições e registros da pesquisa serão guardados por cinco anos e após descartados. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados e as imagens serão editadas com recursos para que não haja identificação dos participantes.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof. Dra. Letícia Becker Vieira pelo telefone (51) 3308 5425, e-mail [lebvieira@hotmail.com](mailto:lebvieira@hotmail.com) ou na sala 220, Escola de Enfermagem -UFRGS, de segunda à sexta, das 08h às 17h. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura participante da pesquisa

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura pesquisador que aplicou o Termo

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO E – NORMAS DE SUBMISSÃO REBEN

### Aspectos gerais

Recomendamos a utilização dos guidelines disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito.

A REBEn adota o estilo Vancouver, disponível na URL <[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html)>. Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à REBEn deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do Microsoft® Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.

O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.

Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

- Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
- Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;

- Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),].

- Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, tabelas e figuras.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

Apêndices e anexos serão desconsiderados.

#### Estrutura do texto

Artigos de Pesquisa e de Revisão devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

#### Documento principal

O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

- 1) Título do artigo: no máximo de 12 palavras no idioma do manuscrito;
- 2) Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais).

Logo abaixo do resumo incluir cinco descritores no idioma do manuscrito:

- Português ou espanhol extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>; - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

- 3) Corpo do texto: Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: introdução, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e

documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do checklist.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados de forma editável no corpo no manuscrito.

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Podem ser destinados às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página de título até que a avaliação seja concluída por questões de conflito de interesse.

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine - NLM), podem ser obtidos na URL [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane). Da mesma forma deve-se evitar citações de artigos de jornais ou revistas não científicas (Magazines).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Sempre que disponível, indicar a versão eletrônica dos artigos citados, facilitando a sua localização. Dar preferência para o endereço do artigo em formato pdf.

Exemplos mais comuns de referências:

1 Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

2 Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AMi, Stulp KP. [Theoretical, conceptual and methodological incorporation of the educator Paulo Freire in research]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 10];63(3):416-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf> Portuguese.

3 Lenardt MH, Sousa JAV, Grden CRB, Betiulli SE, Carneiro NHK, Ribeiro DKMN. Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 17];68(6):851-6. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en\\_0034-7167-reben-68-06-1163.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1163.pdf)

#### Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos a REBEn por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link Submissão Online.

Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o checklist e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório, o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.

Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (Open Researcher and Contributor ID). O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2017-0001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

No passo 4 da submissão, os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores e não podem ter nenhum conflito de interesse. Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Os revisores podem ser localizados na plataforma lattes de acordo com a temática do manuscrito.

Lembramos que o não atendimento a todas essas instruções resultará na devolução dos documentos para adequação, causando maior atraso na apreciação pelos editores.

### Processo de revisão por pares

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical SubjectHeadings); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (peerreview), adotando-se a avaliação duplo-cega (doubleblindreview), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editores Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: página de título; documento principal, Declaração de ciência dos autores sobre as instruções de publicação da REBEn (Modelo de Declaração de Ciência de Instruções); carta ao editor; comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; comprovante de pagamento de taxa de submissão e Declaração de responsabilidade pela autoria, exclusividade de envio do manuscrito à REBEn, transferência de Direitos Autorais e ausência de conflito de interesses (Modelo de Declaração de Autoria).

Um checklist para auxiliar os autores está disponível.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: 000001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os DeCS (Descritores

em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical SubjectHeadings); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (peerreview), adotando-se a avaliação duplo-cega (doubleblindreview), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

#### Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos

A revisão técnica de linguagem, tradução do resumo para a versão em espanhol e inglês e a tradução dos manuscritos para a versão em inglês deverá ser providenciada pelos autores, conforme orientação da Secretaria da REBEn. O não cumprimento dessa exigência ocasionará o arquivamento do manuscrito.