

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Enfermagem

Iara Beatriz de Bessa Aquino

Sarah Xavier de Oliveira

**GESTÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA**

São Paulo

2022

Iara Beatriz de Bessa Aquino

Sarah Xavier de Oliveira

**GESTÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa. Dra. Ana Claudia Alcântara Garzin, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

São Paulo

2022

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecas São Camilo

Aquino, Iara Beatriz de Bessa

Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em obstetrícia e neonatologia / Iara Beatriz de Bessa Aquino, Sarah Xavier de Oliveira. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2022.

73 p.

Orientação de Ana Claudia Alcântara Garzin.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2022.

1. Gestão da qualidade total 2. Neonatologia 3. Obstetrícia 4. Qualidade da assistência à saúde 5. Segurança do paciente I. Oliveira, Sarah Xavier de II. Garzin, Ana Claudia Alcântara III. Centro Universitário São Camilo IV. Título

CDD: 610.73678

Iara Beatriz de Bessa Aquino

Sarah Xavier de Oliveira

**GESTÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA**



Professor Orientador (Ana Claudia Alcântara Garzin)

Professor Examinador

AGRADECIMENTOS

Primordialmente, dedicamos este trabalho à Deus, o maior orientador das nossas vidas, sem a direção dada por Ele, a conclusão deste trabalho não seria possível. Expressamos em nossas palavras a gratidão do nosso coração, pois foi Ele que nos deu forças durante nossa jornada e nunca nos abandonou nos momentos de necessidade.

“ {...} Neste mundo vocês terão aflições; contudo, tenham ânimo! Eu venci o Mundo.”

João 16:33

Somos imensamente gratas à toda nossa família que sempre foi o alicerce e uma das nossas maiores motivações de continuar, aos nossos pais que são nossos exemplos de vida, pela criação e cuidado que tiveram conosco, nos mostrando quais caminhos seguir, essa conquista é para vocês.

A nossa orientadora Dra. Ana Claudia Alcântara Garzin, pelo apoio, confiança, dedicação, carinho e disposição e a todo corpo docente do Centro Universitário São Camilo (CUSC) pela dedicação e perseverança para nos formar profissionais melhores, vocês são fontes de inspiração de profissionais.

Ao longo desta jornada e nos mais diversos momentos que vivemos, contamos sempre com o auxílio de muitas pessoas que com certeza foram facilitadores ao longo desse processo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação.

Muito Obrigada!

RESUMO

A assistência materna e neonatal é uma necessidade brasileira, tendo em vista o aumento da mortalidade materno-infantil como grave problema de saúde. Portanto os serviços de saúde na área obstétrica e neonatal representam, nós críticos para minimizar os danos relacionados ao processo assistencial, além de contribuir para a qualidade do serviço de saúde e segurança do paciente. Desse modo, este estudo teve como objetivo compreender as práticas de gestão da qualidade e da segurança do paciente na atenção obstétrica e neonatal no cenário nacional. Para esse propósito, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, cuja coleta de dados fora realizada pelos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), nos meses de julho e agosto de 2022, por meio dos descritores: Gestão da Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão da Segurança; Segurança do Paciente; Obstetrícia e Neonatologia associados pelos operadores booleanos AND e OR. Como critérios de inclusão, os artigos deveriam estar publicados no idioma português, no período compreendido de 2017 a 2022, disponível na íntegra, com acesso gratuito e que respondesse à questão norteadora: O que tem sido publicado na literatura nacional sobre a gestão da qualidade e da segurança do paciente no processo de assistência obstétrica e neonatal? Como critérios de exclusão, os artigos de produção científica repetidos e em formato de monografia, tese, dissertação, manuais, livro ou revisão de literatura. A amostra final desta revisão foi composta por 19 artigos, a qual a partir da leitura criteriosa e análise dos artigos foi possível classificá-los em quatro categorias temáticas: “Riscos Assistenciais à Saúde da Mulher durante o Ciclo Gravídico-Puerperal”, elencados três artigos que refletem as repercussões na assistência materna frente as ações de segurança do paciente. “Direitos das Gestantes e Parturientes”, elencados dois artigos que se fundamentam nos preceitos da humanização da assistência obstétrica pautada na condição de reafirmar o direito da mulher ao acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério imediato. “Segurança do Paciente associado à Assistência Neonatal”, elencados oito artigos que refletem as repercussões na segurança do paciente recém-nascido relacionado às diversas formas de desenvolvimento da assistência. “Práticas Assistenciais associadas a Qualidade e Segurança do Paciente nos Serviços Obstétricos e Neonatal”, elencados seis artigos nos quais demonstraram que para garantir a adequada assistência ao parto e ao recém-nascido deve-se desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Portanto, foi possível compreender que as práticas de gestão da qualidade e da segurança do paciente na atenção obstétrica e neonatal no cenário nacional apresenta fragilidades e lacunas nos processos que podem favorecer a ocorrência de mortalidade materna e neonatal, que são considerados *never events* e indicadores indiretos das condições de vida e saúde do país. Para tanto, faz-se necessário a implementação das políticas públicas de saúde, baseada na humanização, o conhecimento dos eventos adversos e a fiscalização dos cuidados pelos acompanhantes para o estabelecimento de uma assistência efetiva e de qualidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Obstetrícia; Neonatologia.

ABSTRACT

Maternal and neonatal care is a Brazilian need, given the increase in maternal and child mortality as a serious health problem. Therefore, health services in the obstetric and neonatal area represent critical nodes to minimize the damage related to the care process, in addition to contributing to the quality of the health service and patient safety. Thus, this study aimed to understand the practices of quality management and patient safety in obstetric and neonatal care in the national scenario. For this purpose, an integrative literature review was developed, whose data collection was carried out by the portals of the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), in the months of July and August 2022, through the descriptors: Quality Management; Quality of Health Care; Security Management; Patient safety; Obstetrics and Neonatology associated by the Boolean operators AND and OR. As inclusion criteria, the articles should be published in Portuguese, in the period from 2017 to 2022, available in full, with free access and answering the guiding question: What has been published in the national literature on quality management and of patient safety in the obstetric and neonatal care process? As exclusion criteria, repeated scientific production articles and in monograph, thesis, dissertation, manuals, book or literature review format. The final sample of this review consisted of 19 articles, which, based on a careful reading and analysis of the articles, it was possible to classify them into four thematic categories: "Women's Health Care Risks during the Pregnancy-Puerperal Cycle", listed three articles that reflect the repercussions on maternal care in the face of patient safety actions. "Rights of Pregnant Women and Parturients", listed two articles that are based on the precepts of humanization of obstetric care based on the condition of reaffirming the right of women to a companion during labor, delivery and the immediate postpartum period. "Patient Safety associated with Neonatal Care", listed eight articles that reflect the repercussions on the safety of newborn patients related to the various forms of care development. "Assistance Practices associated with Quality and Patient Safety in Obstetric and Neonatal Services", listed six articles in which they demonstrated that to ensure adequate care for childbirth and the newborn, promotion, prevention and health care actions must be developed. Therefore, it was possible to understand that the practices of quality management and patient safety in obstetric and neonatal care in the national scenario present weaknesses and gaps in the processes, which can favor the occurrence of maternal and neonatal mortality, which are considered never events and indicators. effects of the country's living and health conditions. Therefore, it is necessary to implement public health policies, based on humanization, knowledge of adverse events and supervision of care by companions for the establishment of effective care and maternal and neonatal quality.

Keywords: Quality Management; Quality of Health Care; Patient safety; Obstetrics; neonatology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	10
1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	14
1.3 GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL.....	18
2 OBJETIVO	29
3 MATERIAL E MÉTODO	30
3.1 PERGUNTA NORTEADORA	32
3.2 COLETA DE DADOS	32
3.2.1 Descritores	32
3.2.2 Estratégias de busca	33
3.3 AMOSTRAGEM	33
3.3.1 Critérios de inclusão	33
3.3.2 Critérios de exclusão	34
3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	34
4 RESULTADOS	36
4.1 CATEGORIZAÇÃO	42
5 DISCUSSÃO	43
5.1 RISCOS ASSISTENCIAIS À SAÚDE DA MULHER DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	44
5.2 DIREITOS DAS GESTANTES E PARTURIENTES	46
5.3 SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADO À ASSISTÊNCIA NEONATAL .	50

5.4 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS ASSOCIADAS A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS OBSTÉTRICO E NEONATAL.....	56
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

1.1 GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Compreender como se efetiva a “Qualidade” e como os diferentes Sistemas de Avaliação são praticados e qual a percepção dos diferentes atores sociais que participam nesse processo nos diferentes níveis de ação em saúde é um desafio constante a ser vivenciado pelo gestor. Nesse campo, é fundamental entender o conceito de “Qualidade” pelos que conduzem os processos tanto assistenciais como aqueles voltados à gestão (BONATO, 2011).

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de “Qualidade” passou a circular nos meios de comunicação, levando as empresas a transformarem-se, com vistas ao futuro; pela necessidade de sustentabilidade. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para a adequação das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso. Esse movimento refletiu mudanças na gestão das organizações, cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes (BONATO, 2011).

Conforme a autora acima, dentre as mudanças requeridas destacaram-se: a visão sistêmica da organização dos seus processos institucionais, a transformação dos indivíduos, a criatividade e alta produtividade mobilizando os sujeitos. Verifica-se, por parte das organizações, tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do replanejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente.

Receber uma assistência à saúde qualificada é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. O *Institute of Medicine* (IOM), define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (BRASIL, 2017).

Dentre as diferentes organizações que se preocupam com saúde, pode-se destacar hospitais, clínicas, unidades ambulatoriais, de emergência, consultórios, centro de partos, entre outros. Hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade, portanto a prática da “Qualidade” adquire enfoque e diferencial específicos (BONATO, 2011).

Atualmente, as instituições hospitalares são sistemas abertos que sofrem a ação do meio, sendo influenciadas pela evolução e mudanças em todos os campos sociais, tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade. O cenário hospitalar atual caracteriza-se por conter um sistema mais humano do que mecânico; paradoxalmente, é muito burocrático, com regras e regulamentos para controlar o comportamento e o trabalho de seus membros (BONATO, 2011).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), há um interesse crescente pela qualidade, sendo algo bastante notável na área da saúde. Usuários, gestores e profissionais de saúde costumam se importar bastante com a eficácia dos seus serviços. Os usuários estão cada vez mais participativos, exigindo qualidade. Os gestores se preocupam e sabem que assistir bem o paciente, entre outros benefícios, diminui os custos. Os profissionais de saúde, além de querer sobreviver no mercado, se preocupam com a qualidade devido ao compromisso ético relacionando a essa área (BRASIL, 2017).

Criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, gerando o desenvolvimento de novas competências, é um desafio para a organização focada na gestão das pessoas e preocupada com a “Qualidade” (BONATO, 2011).

Entretanto, nem sempre a visão dessa autora sobre o que significa uma atenção à saúde de qualidade é coincidente. A título de exemplo e com certo grau de extremismo, pode-se dizer que o cumprimento de determinadas normas assistenciais, importantes para os profissionais e gestores, pode parecer algo inflexível e frustrante para o usuário; por outro lado, o uso abundante de tecnologias de diagnóstico e tratamento, que satisfaz em geral os pacientes e profissionais, pode representar um desperdício de recursos e tempo segundo o olhar da gestão. Estas distintas visões podem tornar a qualidade uma meta subjetiva, o que seria indesejável para o seu aprimoramento contínuo (BRASIL, 2017).

Com o intuito de evitar a subjetividade e contribuir para a validade das ações de melhoria da qualidade, pode-se definir a qualidade de forma geral; em relação aos serviços de saúde; e até mesmo relativa a uma assistência a um problema de saúde específico.

Ainda de acordo com ANVISA (BRASIL, 2017), constata-se, na literatura específica e na prática a existência de diferentes abordagens para “Qualidade”. Algumas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, outras estão mais voltadas ao desenvolvimento do potencial humano. Tais tendências mostram-se presentes nos planos e ações das organizações, que atuam no segmento saúde, independentemente do seu porte.

As ações dos gestores em saúde contêm a representação social do conceito de “Trabalho” e “Qualidade”, que estabelece a vinculação do fazer com a percepção e com a verdade tomada pela liderança como direcionadora de seus planos de trabalho. Essas ações, frequentemente, parecem ser mais dirigidas intuitivamente do que embasadas em um conhecimento construído. Portanto, torna-se essencial que os profissionais busquem apoio na literatura, em benchmarking visando o suporte e a consistência na implementação de seus projetos, adequando-os à realidade de cada serviço. Esse processo sistematizado e com bons alicerces legitimará as práticas institucionais, validando as ações propostas (BONATO, 2011).

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo. Sem dúvida, isso tem ocorrido devido à contribuição de estudos epidemiológicos que evidenciam os efeitos indesejáveis da assistência à saúde que são causados por falhas de qualidade (SILVA et al., 2018).

As notícias sobre erros, negligências e eventos adversos de uma atenção à saúde insegura causam grande alarme social e se espalham por todos da sociedade, inclusive entre os próprios profissionais da saúde. É comum encontrar a expressão “segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde”. No entanto, vale ressaltar que a diferenciação entre as duas características se deve principalmente a uma ênfase na segurança do paciente (BRASIL, 2017).

De acordo com o autor citado acima, as práticas gerenciais dos enfermeiros, no âmbito hospitalar, ainda se concentram na dimensão técnica (coordenação, supervisão e controle), sendo norteadas pelo modelo clássico da administração, tendo como principal objetivo a segurança e qualidade da assistência.

Pode-se considerar que a administração contemporânea vem aos poucos rompendo paradigmas de um extenso período de administração clássica, com uma administração mais flexível, humanizada e participativa, na qual o trabalhador ganha importância e a qualidade torna-se meta a ser alcançada e, não somente a produtividade (SILVA et al., 2018).

A avaliação da qualidade assistencial pode ser uma atividade espontânea, como instrumento de gestão do serviço preocupado com a garantia de uma assistência qualificada e em busca constante de aperfeiçoamento, assim como pode ser uma exigência de órgãos controladores estatais, como a ANVISA, e outras agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), gestores locais ou instituições acreditadoras. Exigências contratuais com parceiros públicos ou privados também podem incluir indicadores de desempenho (NETTO; FARIAS, 2018).

Para se produzir com qualidade de acordo com os autores acima é necessário que ocorra, entre outros fatores, o acompanhamento constante dos processos. Para isso, torna-se essencial a definição e implantação de indicadores adequados que possam refletir de maneira ampla e abrangente o desempenho dos processos e o impacto sobre os clientes.

Pensando na abrangência do processo de qualidade e na assistência de enfermagem e, principalmente na assistência ao paciente, na qual a qualidade do cuidado é imprescindível e o desempenho da equipe garante a sobrevivência, é fundamental que todos os processos sejam identificados e compreendidos para a eficácia de um sistema de gestão de qualidade (NETTO; FARIAS, 2018).

Os métodos e modelos utilizados na busca da qualidade são aplicados pelos órgãos acreditadores de forma sistêmicas, que objetiva reconhecer organizações de saúde que alcançaram excelência nos serviços de enfermagem através de práticas assistenciais de qualidade, segurança do paciente, e experiência do paciente (no que

se refere ao atendimento). Além disso, aspectos como o reconhecimento do profissional de enfermagem, liderança e tomada de decisão também são valorizados. Para a enfermagem, o Programa Magnet, da *American Nurses Association* (ANA) – Associação Americana de Enfermagem vem ganhando espaço nas instituições de saúde, porém no Brasil não existe registro de nenhuma organização acreditada nesta modalidade (NETTO; FARIAS, 2018).

O Programa Magnet – *Magnet Recognition Program* foi desenvolvido pela *American Nurses Credentialing Center* (ANCC), subsidiada da ANA, com o objetivo de reconhecer as organizações de cuidados de saúde que proporciona excelência nos serviços de enfermagem. O programa também serve como veículo para a difusão de práticas de enfermagem e estratégias bem-sucedidas para a qualidade e assistência (NETTO; FARIAS, 2018).

O Magnet é baseado em indicadores de qualidade e padrões de boas práticas de enfermagem preconizados pela ANA, representados através de padrões de conduta (*Scope and Standard for Nurse Administrators*), cujos critérios avaliados são: Liderança transformacional; Prática Profissional exemplar; Estruturas voltadas para a autonomia (*Empowerment*); Novos conhecimentos, inovações e melhorias; Resultados empíricos. É o mais elevado nível de reconhecimento que pode ser conferido as enfermeiras e instituições de saúde em relação a qualidade de assistência (NETTO; FARIAS, 2018).

1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipócrates, reconhecido como o pai da medicina, mencionou no século III a.C, o termo latino “*Primum non nocere*” ou “*Primum nil nocere*” que significa “primeiro, não prejudicar” num contexto de saúde rudimentar que, se comparado com o elevado nível da tecnociência contemporânea, pode ser julgado com um pensamento a frente para sua época (WACHTER, 2013). Segundo esse autor, através deste legado é possível notar que mesmo num contexto assistencial elementar, os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente torna-se imprescindível aos profissionais da saúde.

Florence Nightingale, no século XIX, em seu livro *Notes on Hospitals*, teceu a seguinte reflexão: “Pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro

dever de um hospital não causar mal ao paciente” e estruturou um modelo de assistência, quando atuou na guerra da Criméia/Inglaterra, atenta na separação de soldados pelo tipo de doença, em melhorias do lugar onde se alojavam e no cuidado à higiene e conforto dos mesmos (GAITA; FONTANA, 2018).

Durante a trajetória histórica da Segurança do Paciente, outros profissionais contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde, porém, apenas através da análise de grandes estudos epidemiológicos publicados no relatório do *Institute of Medicine* (IOM), *To Err is Human: Building a Safer System*, foi possível promover a mobilização da classe médica e do público em geral para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos (EA), envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo acarretar danos irreversíveis aos pacientes e familiares (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), com o propósito de definir e identificar as prioridades da segurança do paciente em diversas partes do mundo. Mais tarde, essa aliança passou a se chamar *Patient Safety Program* (Programa do Paciente Seguro), com o intuito de organizar os conceitos e as definições sobre a segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e minimizar os eventos adversos (EA) (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

Em 2006, uma parceria entre a *Joint Commission International* (JCI) e a OMS estabeleceu Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a partir da análise de problemas gerais observados nas organizações de saúde. Em 2011 foi lançada a quarta edição da *Standards Lists Version* com o capítulo sobre os Objetivos Internacionais para a Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals - IPSG*) existem seis metas. São elas: Identificar o paciente corretamente (Meta 1), Melhorar a eficácia da comunicação (Meta 2), Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância (Meta 3), Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto (Meta 4), Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde (Meta 5) e, Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrentes de quedas (Meta 6) (SILVA, 2016).

No contexto nacional, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população. Ações visando a segurança do paciente e a melhoria da qualidade em serviços de saúde consonantes com as previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) vem sendo desenvolvidas no Brasil pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA) (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

A inclusão de indicadores de qualidade e segurança nos programas de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde representa uma importante estratégia para promover a segurança do paciente hospitalizado. Um indicador de qualidade é definido como uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado do paciente. O desenvolvimento desses indicadores de segurança do paciente destaca o progresso técnico realizado na construção de medidas e a necessidade contínua de melhorias metodológicas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

No que tange à disseminação de informações em prol da melhoria do cuidado de saúde e segurança do paciente, destaca-se o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), lançado em 2009. O portal, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz desenvolve-se sob a premissa de que a disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade a todos os envolvidos na cadeia de prestação de cuidados de saúde é essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. O PROQUALIS possibilita que médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, pacientes e o público em geral acessem informações selecionadas e atualizadas sobre qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente, a partir de qualquer ponto do Brasil (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2012).

Existem iniciativas específicas no campo da segurança do paciente. A Rede Sentinela compõe-se de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. A partir de 2011, as instituições Rede Sentinela tornaram-se capacitadas sobre gestão de risco e de segurança do paciente, metodologias para planejamento, monitoramento, comunicação de eventos

adversos e dos riscos em saúde, entre outras. O objetivo é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde (BRASIL, 2014).

Em 22 de Julho de 2009, através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.660 foi criado o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), um sistema informatizado na plataforma WEB (internet), em âmbito de atuação municipal, estadual, distrital ou federal que recebe as notificações de eventos adversos e as queixas técnicas (QT) mediante registro em formulários específicos, relacionadas às seguintes categorias de produtos sob vigilância sanitária: medicamentos; vacinas e imunoglobulinas; artigos médico-hospitalares; equipamentos médico-hospitalares; produtos para diagnóstico de uso in vitro; uso de sangue ou componentes; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; saneantes; e agrotóxicos. Tem como propósito fortalecer a vigilância pós-uso/pós-comercialização dos produtos mencionados acima (OLIVEIRA; XAVIER; JÚNIOR, 2013).

Um marco importante na atenção à saúde foi a instituição pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, recomendados pela OMS, o PNSP estabelece alguns protocolos básicos que devem ser executados, tais como: higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação de pacientes, comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde, prevenção de quedas e lesão por pressão, transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

Uma das estratégias para implementação do PNSP é a sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes. Dessa forma, a fim de conhecer a realidade do país e realizar um diagnóstico situacional dos incidentes ocorridos, foi regulamentada a

notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC nº 36 de 2013. A análise das notificações de incidentes recebidas é feita por meio do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (SIVS) do NOTIVISA. A retroalimentação aos serviços notificantes é realizada através da publicação e divulgação periódica de boletins informativos, pela ANVISA (BRASIL, 2017).

Duarte et al. (2015) salienta que a segurança do paciente passou a ser valorizada, modificando-se a abordagem até então utilizada, na qual os eventos adversos eram pouco explorados pelas instituições. A cultura de notificação pode ser a primeira atitude, no sentido de promover a segurança do paciente.

Existem inúmeros riscos que podem acontecer durante o cuidado com o paciente, estes erros podem acarretar consequências fatais para o cliente, além de afetar também seus familiares e, sobretudo, os profissionais envolvidos, que são considerados as segundas vítimas (DUARTE et al., 2015).

Ao se conjecturar acerca do tema qualidade nos serviços de saúde, é impossível não reconhecer sua aproximação com os preceitos que envolvem a segurança do paciente. Conforme a *World Health Organization* (2009) a segurança do paciente é conceituada como a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associada aos cuidados de saúde. Trata-se de um princípio fundamental do cuidado e um componente crítico de gestão da qualidade; sua melhoria exige esforço complexo e abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos (BRASIL, 2017).

A partir do exposto acima, podem-se distinguir três grandes metodologias das iniciativas relacionadas com a segurança do paciente: a abordagem epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a abordagem da gestão da qualidade. Em definitiva, nenhuma delas é incompatível, mas todas se complementam. O ideal é existir uma atuação integrada e sinérgica de todas as metodologias, apesar das suas diferenças em relação aos seus principais objetivos, marco conceitual e metodologia (BRASIL, 2017).

1.3 GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL

Nesse cenário, a saúde materna e infantil torna-se foco de discussão mundial no que diz respeito à melhoria da qualidade da atenção ao binômio mãe-filho. As afecções perinatais constituem a primeira causa de mortalidade neonatal no país, além de interferirem nas mortes ao longo do primeiro ano de vida. Já a ocorrência da mortalidade materna está relacionada à assistência inadequada durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo ser significativamente reduzida se os serviços dos profissionais e a estrutura institucional forem adequados (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

A Segurança Sanitária na Assistência Materna e Neonatal se reveste de fundamental importância tendo em vista o número de pacientes envolvidos e o potencial de eventos adversos que podem surgir no processo assistencial. Afinal, são aproximadamente três milhões de nascimentos que acontecem no Brasil a cada ano, significando quase seis milhões de pacientes, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas (BRASIL, 2011).

Importante também é o fato de que cerca de 98% dos partos acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. Além disso, os procedimentos relacionados à assistência obstétrica representam a terceira causa de internação hospitalar no SUS, sendo totalizadas 2.093.608 internações no ano de 2020 (BRASIL, 2020).

De acordo com o autor acima, outros serviços assistenciais tais como pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido são realizados no nível primário de assistência, seja em unidades básicas de saúde, assim como em ambulatórios localizados em unidades mistas, hospitais ou maternidades. Com a criação da Rede Cegonha, outros espaços assistenciais passam a se somar aos já existentes tais como as casas de gestantes, bebês e puérperas (CGBP) e os centros de parto normal peri e intra-hospitalares.

Além dos números, o processo e a natureza do trabalho na assistência materna e neonatal apresenta outras peculiaridades tais como o grande uso de força de trabalho humano, com várias configurações de equipes, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais, que exige intensa vigilância para a não ocorrência de erros, além de efetiva comunicação entre diversas disciplinas. Com esses números, a diversidade de locais de assistência e profissionais envolvidos faz da

atenção materna e neonatal uma das áreas prioritárias para ações voltadas à segurança do paciente (SCARROW, 2009).

Embora a gravidez e o nascimento, na maioria das vezes, ocorram sem intercorrências para a mãe e/ou seu filho ou filha, sabe-se que em muitos casos podem surgir complicações, desde as mais simples até as mais graves que podem ameaçar as suas vidas. Tais complicações, em sua maioria, têm a sua origem tanto no próprio processo de gravidez e parto como por condições clínicas preexistentes. Em outras situações, entretanto, elas podem surgir em decorrência da própria assistência oferecida, seja em relação à estrutura dos locais de nascimento, assim como em consequência de erros no processo de trabalho (GOMES, 2011; FOGAÇA, 2007).

Fogaça (2007) relata que o modelo obstétrico contemporâneo, principalmente no Brasil, expõe as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos. Tais intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina e a cesariana, além de outras, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa apenas em situações de necessidade, hoje são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres que dão à luz em hospitais no país.

Mesmo nas situações em que as complicações já existam, uma assistência inadequada não é capaz de reduzir os agravos delas resultantes, além de potencializá-los resultando, muitas vezes, na morte evitável de mulheres e crianças ou em lesões e sequelas permanentes (ROBERTS, 2009; RONSMANS; GRAHAM, 2006).

A experiência vivida por eles nesse momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Portanto, a preocupação com a segurança deve incluir também os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos nesse momento tão ímpar para as mulheres e suas famílias (ROBERTS et al., 2009).

Na atenção materna e neonatal deve prevalecer uma concepção multidimensional na qual, tanto os eventos adversos que comprometem a estrutura ou função do corpo, como lesões, incapacidade ou disfunção ou mesmo a morte,

assim como o sofrimento social, psicológico, moral e cultural devem ser enquadrados na categoria de danos ao paciente (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, as estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal devem incluir todas aquelas voltadas à assistência aos pacientes em geral, assim como estratégias específicas para esse grupo. Dentre essas estratégias se destacam: treinamento individual e em equipe dos provedores de cuidado; simulações; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem; uso da tecnologia da informação; educação e rondas de segurança. Essas atividades e ferramentas podem ser utilizadas tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial (SCARROW, 2009).

Com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade que reduza os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e minimize os danos relacionados ao processo assistencial, além de contribuir para uma assistência que tenha como focos principais a segurança e a humanização, a vigilância sanitária brasileira traz para si um grande desafio. Através do processo normativo e das ações de fiscalização e orientação dos serviços, pode contribuir sobremaneira para os esforços governamentais de redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal no país, além da redução dos danos físicos ou psicológicos resultantes dos erros e práticas inadequadas dos serviços assistenciais (BRASIL, 2014).

O conceito de atenção humanizada ao parto traduz a necessidade de mudanças na compreensão do parto, como experiência humana e, para quem o assiste, como uma transformação no que fazer diante do sofrimento do outro. Envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes adequadas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (NASCIMENTO; et al, 2010; TELES; et al, 2010).

Com o intuito de aplicar essas ações, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

O PHPN foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no que se refere à atenção materno infantil. O PAISM, embora tenha como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher a partir de 1984, vem se ampliando e renovando desde 2004 com o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com maior abrangência na atenção à saúde da mulher (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, o PHPN inclui também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal, seguindo os seguintes critérios mínimos: início da realização de consultas pré-natal até o quarto mês de gestação, sendo necessário realizar seis consultas de pré-natal durante a gravidez e realização de exames. Com isso, pretende-se reduzir a incidência de diversos agravos à saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Apesar da implementação dessa política, os serviços de saúde, destacando os hospitais universitários, campos de aprendizagem e formação de profissionais da saúde, têm desenvolvido a assistência ao parto, nascimento e puerpério governada principalmente pelo aparato tecnológico e com insuficiente ênfase no suporte emocional e social da mulher e sua família (CORRÊA; et al, 2010).

O MS e a OMS definem diversas práticas consideradas humanizadoras e colocadas como diretrizes de assistência humanizada ao parto e nascimento: é essencial fornecer informações às mulheres e a seus familiares sempre que necessário; na admissão, devem-se respeitar a privacidade da mulher e a escolha do seu acompanhante; durante o trabalho de parto, devem oferecer alimentos, dar suporte emocional, oferecer informações sobre os procedimentos realizados e encorajar à posição verticalizada, oferecendo a liberdade de posição e movimento à parturiente; o controle da dor deve ser feito por meios não invasivos e não farmacológicos, tais como técnicas de relaxamento, massagens, entre outros (BRASIL, 2013).

Segundo o MS existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos das instituições até

uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes (BRASIL, 2011). A ANVISA (BRASIL, 2014) relata que por vários motivos a promoção da qualidade na atenção materna e neonatal se reveste de um caráter particular. Algumas peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo e à assistência recebida pelas mulheres e seus filhos são relevantes para as ações que deverão ser implementadas:

a) Mudanças repentinas – embora a gravidez e o parto sejam processos fisiológicos normais, intercorrências emergenciais inesperadas podem surgir mudando completamente o curso do processo.

b) Duas vidas – a assistência à maternidade significa o cuidado de duas ou mais vidas (a mãe e seu filho ou filhos) e em muitas situações surgem conflitos de interesses entre ambos, em que uma decisão deve ser tomada em detrimento de um para benefício do outro. Um exemplo clássico é o caso da realização de uma cesariana devido a uma grave restrição de crescimento fetal quando não há nenhum problema em relação à mãe.

c) Duração do cuidado – assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, além da assistência neonatal necessária para bebês prematuros ou com outras complicações ou patologias, pode durar um longo período.

d) Diversidade de locais e profissionais – a assistência materna e neonatal se dá em múltiplos locais e envolve uma multiplicidade de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos etc.

e) A experiência humana – os aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto podem trazer experiências negativas ou positivas para a mulher e suas famílias que podem durar o resto das suas vidas.

f) Expectativa de resultados positivos – por se tratar de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, a gravidez e o parto despertam expectativas positivas quanto aos seus resultados. Essa expectativa traz uma dificuldade para as mulheres, suas famílias e para os profissionais em lidar com os resultados adversos que porventura possam ocorrer.

g) Alta incidência de intervenções – a assistência obstétrica e neonatal ainda se caracteriza por uma elevada incidência de intervenções desnecessárias e potencialmente perigosas (ex. cesariana, uso indiscriminado de ocitocina, episiotomia de rotina etc.).

Em relação à assistência neonatal, principalmente no âmbito dos cuidados intensivos, características específicas devem demandar ações específicas. A fragilidade e imaturidade dos pacientes, a concomitância de doenças graves, os cuidados terapêuticos e diagnósticos complexos, com uma ampla gama de procedimentos invasivos, uma longa hospitalização e a diversidade de especialistas envolvidos na assistência, são alguns exemplos da especificidade do paciente neonatal. Essas especificidades aumentam significativamente o potencial de erros, demandando um alto limiar para a segurança e eficácia dos dispositivos, equipamentos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos utilizados na assistência neonatal (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

Por outro lado, também, embora os eventos adversos em obstetrícia e neonatologia possam ser considerados raros em termos relativos, o número absoluto pode ser muito significativo tendo em vista a quantidade de mulheres e crianças objetos da assistência. Calcula-se que cerca de 2% das pacientes obstétricas sofram algum evento adverso sério durante o parto (FORSTER et al., 2006).

As atividades de promoção da qualidade da assistência devem, inicialmente, ter como prioridades a segurança da paciente, utilizando como ponto de partida os procedimentos de maior volume ou mais frequentemente realizados, aquelas situações e procedimentos que apresentam maior risco de complicações ou novos problemas que possam surgir. Deve-se também identificar os *never events* que deverão desencadear ações de análise e avaliação (BRASIL, 2014).

Como exemplos de procedimentos de maior volume na assistência materna, segundo os autores acima, destaca-se a cesariana e em seguida os partos vaginais. Tendo em vista a realidade brasileira, de elevados índices de cesariana, ações destinadas à sua redução devem fazer parte de um programa de melhoria da qualidade, assim como em relação ao parto vaginal, a diminuição nos índices de episiotomia seria um bom exemplo de ação.

Na atenção neonatal pode-se identificar um elevado número de recém-nascidos prematuros tardios (entre 34 e 37 semanas) e termos precoce (entre 37 e 39 semanas) após parto eletivo, induzido ou cesariana. Em termos de procedimentos ou situações de alto risco neonatal, o uso de oxigênio a 100% de concentração e a ventilação mecânica invasiva poderiam constituir exemplos de oportunidades para melhoria da qualidade assistencial (BRASIL, 2014).

Os *never events* deverão ser notificados, investigados e analisados profundamente em busca das suas causas e determinantes, ou análise de causa-raiz. Dentre estes, há contemplado dentro da ANVISA (2017) um item que visa notificar o óbito ou lesão grave materna, associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco. Outros eventos também podem fazer parte do processo de notificação e análise, de acordo com o perfil assistencial e capacidade operacional do serviço (ACOG, 2010).

Para esses eventos (*never events* e óbitos), a notificação deve ser realizada no prazo máximo de 72 h. Além disso, é necessário o detalhamento da investigação e das ações adotadas em resposta ao evento. Estas informações devem ser preenchidas em formulário específico, intitulado Relatório Descritivo de Investigação de Evento Adverso Grave e Óbito. A investigação deve ser conduzida utilizando as metodologias e ferramentas mais adequadas ao evento detectado e considerando a experiência dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2017).

Em qualquer programa de melhoria da qualidade na atenção materna e neonatal é fundamental a existência de indicadores ou medidas para avaliar a qualidade ou eficiência da assistência. Esses indicadores podem corresponder aos elementos estruturais, aos componentes do processo de trabalho, assim como aos resultados da assistência oferecida. Os indicadores de estrutura e de processo por si só não indicam qualidade, até o momento em que se relacionem com algum indicador de resultado esperado ou escolhido para análise (ACOG, 2010).

Como indicador de estrutura pode-se avaliar se a maternidade, por exemplo, possui suítes pré-parto, parto e pós-parto imediato (PPP); como indicador de processo quantas mulheres estão tendo o parto nessas suítes. Como indicador de resultado pode-se medir o impacto das suítes na redução da taxa de cesarianas e no nível de satisfação das usuárias. Embora não existam indicadores padronizados em nível

internacional para avaliar a qualidade da atenção materna e neonatal, alguns são sugeridos por órgãos internacionais e utilizados em estudos de impacto da implantação de ações destinadas à melhoria da qualidade assistencial na área (MANN, 2006; ACOG, 2010).

Os serviços de atenção materna e neonatal devem escolher e utilizar aqueles indicadores mais sensíveis e que reflitam a realidade da assistência para aquela instituição em particular, além da importância que os mesmos representam para os seus usuários, profissionais, órgãos reguladores estatais e avaliadores externos. Na escolha dos indicadores é importante também atribuir, para cada um deles, as dimensões de qualidade do IOM (segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade) (BRASIL, 2014).

De acordo com Guerreiro (2014), a educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A enfermagem apresenta na ação educativa um de seus principais eixos norteadores nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde (APS). O profissional enfermeiro é habilitado e capacitado para cuidar do usuário e da sua família, levando em consideração as necessidades curativas, preventivas e educativas de cuidados em saúde. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem no campo obstétrico abre espaço para a construção de saberes a partir das práticas educativas, indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da PNAISM (GUERREIRO et al., 2014).

O enfermeiro tem, cada vez mais, assumido posições de gerência nos serviços de saúde, principalmente no ambiente hospitalar, onde se destaca pela visão de conjunto articulando as áreas administrativas, assistenciais, de ensino e pesquisa. Portanto, seu papel enquanto gerente torna-se decisivo na realização do cuidado com qualidade aos pacientes. Embora o processo de gestão esteja inserido na profissão de enfermagem desde o século XIX, por meio de Florence Nightingale, o cenário hospitalar vem exigindo, dos enfermeiros, cada vez mais conhecimentos, competências e habilidades para a gerência do processo de trabalho (MULLER et al., 2017).

A inter-relação entre as habilidades gerenciais e assistenciais do enfermeiro interferem diretamente no atendimento à gestante, pois salienta a importância da

mulher, recém-nascido e família, evidenciando o atendimento adequado durante o ciclo gravídico puerperal (gravidez, trabalho de parto, parto, período pós-parto e neonatal). Todavia, a assistência deve ser pautada não só em procedimentos clínicos, mas em um conjunto de ações como promoção da saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, entre outras tecnologias de forma a desenvolver a autonomia da mulher para o seu autocuidado (SANTOS et al., 2016).

Conforme os autores acima, evidencia-se que as atividades gerenciais do enfermeiro devem ter como finalidade o alcance de um cuidado de qualidade, visto ser esse o traço principal do processo de trabalho.

Dessa forma, à medida que o gerenciamento de enfermagem se articula com a prática do cuidado, ambos voltados para o atendimento das necessidades de saúde, podem contribuir para a promoção do cuidado integral e da integralidade da atenção, tornando-se uma potente ferramenta de fortalecimento dos serviços para gestores, profissionais e usuários, pois consiste na avaliação das ações em saúde. Por conseguinte, as avaliações da qualidade dos serviços prestados vêm se transformando numa ampla dimensão de estudos/pesquisas devido à necessidade de analisar os diversos contrastes encontrados nas instituições de saúde (SANTOS et al., 2016).

O contexto atual é marcado por pressões relacionadas ao alto custo do cuidado em saúde associado à incorporação tecnológica, ao aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e ao envelhecimento da população com múltiplas doenças crônicas. Assim, emergem preocupações voltadas para a qualidade do cuidado e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua e à prestação de contas (*accountability* - responsabilização) (BRASIL, 2014).

De acordo com o autor acima, essas ações com vistas ao aprimoramento da qualidade do cuidado em saúde e do desempenho do sistema, já foram postas em prática e incluem tanto o desenvolvimento de estudos como ferramentas para a gestão cotidiana das organizações de saúde. Em linhas gerais, essas ações buscam minimizar as consequências dos problemas prevalentes na qualidade do cuidado. Tais problemas podem ser decorrentes do uso excessivo (*overuse*), do uso insuficiente (*underuse*) e do uso inadequado (*misuse*) de serviços, procedimentos e tecnologia em saúde.

A essência da formação do enfermeiro é voltada para a área assistencial e gerencial, trazendo tanto as competências clínicas como gerenciais, tornando-se o diferencial no perfil profissional. Ainda, é considerado o trabalhador da saúde que reúne diversas áreas do conhecimento em seu saber, tornando-se, assim, comprometido e conhecedor da estrutura organizacional como um todo e dos processos de trabalho em saúde, o que contribui com seu processo gerencial (MULLER et al., 2017).

A partir dessa perspectiva, esta pesquisa surgiu devido o interesse sobre a temática qualidade assistencial e segurança do paciente no serviço obstétrico e neonatal, considerando os riscos inerentes à assistência e a atuação do enfermeiro tanto na assistência direta aos pacientes quanto na gestão dos serviços de saúde.

2 OBJETIVO

Compreender as práticas de gestão da qualidade e da segurança do paciente na atenção obstétrica e neonatal no cenário nacional.

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores reunir e sintetizar resultados obtidos de pesquisas sobre um delimitado tema, questão ou fenômeno de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para a indicação das lacunas que precisam ser preenchidas com novas pesquisas, o aprofundamento do conhecimento e a mitigação das incertezas pertinentes do tema investigado, favorecendo a implantação de novas trajetórias.

Dessa forma, a incipiência científica para o desenvolvimento de uma revisão integrativa é apresentada, de forma sucinta, as seis fases pré-estabelecidas como critérios metodológicos desse método, descritos a seguir por Souza, Silva e Carvalho (2010):

1ª Fase: Elaboração da pergunta norteadora: A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Logo, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico.

2ª Fase: Busca ou amostragem na literatura: Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Dessa forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

3ª Fase: Coleta de dados: Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados devem incluir: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados.

4ª Fase: Análise crítica dos estudos incluídos: Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática.

A Prática Baseada em Evidências focaliza, em contrapartida, sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Hierarquia das evidências.

Nível 1	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
Nível 2	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
Nível 3	Evidências de estudos quase-experimentais.
Nível 4	Evidências de estudos descritos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.
Nível 5	Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência.
Nível 6	Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Fonte: Souza, Silva e Carvalho, 2010

5ª Fase: Discussão dos resultados: Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

6ª Fase: Apresentação da revisão integrativa: A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada.

3.1 PERGUNTA NORTEADORA

Dentre as abordagens que poderiam nortear a pesquisa, destacou-se a seguinte questão norteadora: *O que tem sido publicado na literatura nacional sobre a gestão da qualidade e da segurança do paciente no processo de assistência obstétrica e neonatal?*

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2022 tendo como trajetória metodológica:

3.2.1 Descritores

Para realizar a busca por estudo científicos, foi adotado um vocabulário estruturado, com a finalidade de permitir o uso de terminologias comuns para indexação e recuperação de artigos científicos, os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Desse modo, elegeram-se os seguintes descritores:

- Gestão da Qualidade;
- Qualidade da Assistência à Saúde;
- Gestão da Segurança;
- Segurança do Paciente;
- Obstetrícia;
- Neonatologia.

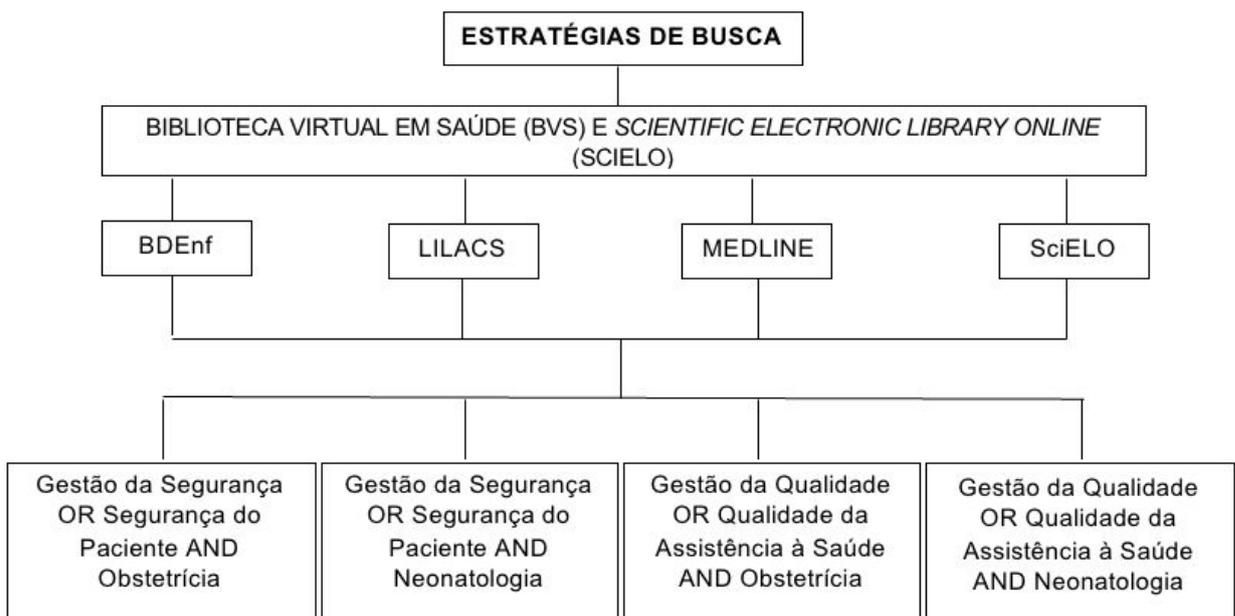
Dentre os quais foram associados com o auxílio dos operadores booleano AND e OR, a fim de tornar a busca mais enfocada, produzindo resultados mais precisos.

3.2.2 Estratégias de busca

Na estratégia de busca para a revisão da literatura, optou-se por utilizar o portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as Bases de Dados da Enfermagem (BDEnf), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para cada portal ou base de dados foram combinadas uma ou mais estratégia de busca, respeitando suas respectivas terminologias. Portanto o rastreo foi realizado da seguinte forma:

Figura 1 – Estratégias de busca dos artigos utilizados nos portais e bases de dados.



3.3 AMOSTRAGEM

Para que a amostra deste estudo fosse estabelecida, os artigos encontrados nas buscas foram submetidos aos critérios de elegibilidade, descritos a seguir:

3.3.1 Critérios de inclusão

- Artigos publicados e indexados nas bases de dados: BDEnf, LILACS e MEDLINE, por meio do portal BVS e na SciELO no período compreendido de 2017 a 2022;
- Artigos publicados no idioma português;
- Artigos disponíveis na íntegra;
- Artigos com acesso gratuito.

3.3.2 Critérios de exclusão:

- Artigos que não respondiam à pergunta norteadora;
- Produções científicas em formato de monografia, tese, dissertação, manuais ou livro;
- Artigos de revisão de literatura;
- Artigos repetidos.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Para selecionar a amostragem deste estudo, etapas foram percorridas embasadas na pergunta norteadora e no objetivo da investigação, são elas:

1ª etapa: Seleção dos artigos para revisão:

- Seleção dos descritores e palavras-chave;
- Criação de estratégias de busca (Operadores Booleanos);
- Aplicação de cada estratégia em seu respectivo portal e base de dados;
- Aplicação dos critérios de inclusão.

2ª etapa: Leitura do resultado obtido nas buscas:

- Exclusão dos artigos repetidos, contabilizando apenas uma vez, e somente em uma base/portal;
- Leitura crítica e minuciosa dos resumos dos artigos selecionados;
- Exclusão dos artigos em outros formatos (de monografia, tese, dissertação, revisões ou livro);
- Exclusão dos artigos que não abordassem a temática esplanada;
- Realização do download dos artigos selecionados, em formato PDF.

3ª etapa:

- Leitura na íntegra dos artigos selecionados;
- Definição do tamanho da amostra.

O resultado obtido ao final de cada etapa da operacionalização para a definição do tamanho da amostra está apresentado no Quadro 2 :

Quadro 2 – Número de artigos obtidos nos portais e na base de dados ao final de cada etapa da operacionalização.

Portal e Base de Dados	Artigos encontrados de acordo com as estratégias de busca	Artigos disponíveis na íntegra e gratuito	Artigos repetidos	Artigos excluídos após a leitura do título e resumo	Artigos excluídos após leitura na íntegra	Amostra
BDEnf	21	19	0	13	3	3
LILACS	22	21	2	17	0	2
MEDLINE	6	6	0	2	0	4
SciELO	23	21	7	4	0	10
TOTAL	72	67	9	36	3	19

Conforme apresentado no Quadro 2, foram encontrados 72 artigos a partir das estratégias de buscas descritas, desses, 67 artigos estavam com o acesso ao conteúdo na íntegra disponível gratuitamente, nove deles estavam repetidos, seja na mesma base/portal ou entre eles, sendo contabilizado somente uma vez. Os artigos passaram pela leitura do título e resumo, avaliando se atendiam aos critérios de elegibilidade, tendo sido 36 artigos excluídos, em seguida, os artigos restantes passaram pela leitura na íntegra, possibilitando o entendimento aprofundado sobre o objetivo do estudo, o que acarretou a exclusão de três artigos. Portanto, a amostra final desta revisão foi composta por 19 artigos.

4 RESULTADOS

Para elaboração dos resultados desta pesquisa os 19 artigos selecionados foram lidos e analisados de maneira crítica, o que permitiu o desenvolvimento de pontos reflexivos de discussão, considerando que todos atenderam as dimensões dos critérios de inclusão. Em seguida, os artigos foram detalhados quanto aos autores, título e ano, base de dados, abordagem metodológica e foi possível realizar a classificação quanto ao nível de evidência, que é definida de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para esta classificação consideramos o modelo de Stetler et al. (1998), citado por Souza, Silva e Carvalho (2010), conforme o Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Caracterização dos artigos selecionados de acordo com os autores, o título, o ano de publicação, a base de dados, a abordagem metodológica e, o nível de evidência.

Nº	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	ABORDAGEM METODOLÓGICA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	ALVARES, Aline Spanevello et al.	Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. 2018	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>	Estudo transversal/descriptivo com abordagem quantitativa.	4
2	CARMO, Juliana Maria Almeida do et al.	Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: um	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>	Estudo observacional, transversal e comparativo.	4

		estudo transversal. 2020			
3	GOMES, Adriana Pereira Trindade de Souza et al.	Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura. 2017	Bases de Dados da Enfermagem	Estudo transversal, observacional e documental com abordagem quantitativa.	4
4	GUZZO, Gabriela Manito et al.	Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. 2018	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo exploratório com abordagem qualitativa.	4
5	HOFFMEINSTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho.	Aprendendo com os erros: análise dos incidentes em uma unidade de cuidados neonatais. 2019	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo transversal/ retrospectivo com abordagem quantitativa.	4

6	MENDES, Léia Arcanjo et al.	Adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais. 2021	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo transversal/ descritivo com abordagem quantitativa.	4
7	MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão e; RATTNER, Daphne.	Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. 2020	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo descritivo, quantitativa.	4
8	NOTARO, Karine Antunes Marques et al.	Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. 2019	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo transversal com abordagem quantitativa do tipo <i>survey</i> .	4
9	OLIVEIRA, Thalita Rocha et al.	Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo exploratório/ descritivo com abordagem qualitativa.	4

		do cuidado da enfermeira obstétrica. 2020			
10	PAULA, Enimar de et al.	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. 2020	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa.	4
11	PEDRONI, Vitoria Sandri et al.	Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. 2020	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo transversal/descritivo com abordagem quantitativa.	4
12	ROCHA, Cristiane Martins da et al.	Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. 2018	Bases de Dados da Enfermagem	Estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa.	4
13	RODRIGUES, Diego Pereira et al.	O descumprimento da Lei do Acompanhante	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa.	4

		como agravo à saúde obstétrica. 2017			
14	SAMELLI, Alessandra Giannella et al.	Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. 2019	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>	Estudo transversal/descritivo.	4
15	SANTOS, Maxuel Cruz dos et al.	Prática segura para partos em hospital universitário. 2020	Bases de Dados da Enfermagem	Estudo transversal/descritivo com abordagem quantitativa.	4
16	SILVA, Amanda Bezerra da et al.	Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. 2018	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	Estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa.	4
17	SILVA, Luana Asturiano da et al.	O cuidado no pré-natal: um valor em questão. 2017	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	Estudo exploratório/descritivo, de cunho fenomenológico com abordagem qualitativa.	4
18	SILVA, Raiana	Uso de pulseiras de identificação:	<i>Scientific Electronic Library Online</i>	Estudo descritivo, com abordagem	4

	Soares de Souza et al.	implicações para a segurança do recém-nascido na maternidade. 2019		quantitativa do tipo survey.	
19	SILVA, Silvana Cruz da; MORAIS et al.	Cultura de segurança do paciente, cuidados de Enfermagem omissos e suas razões em Obstetrícia. 2021	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	4

Portanto, o Quadro 3 foi construído a partir da leitura e classificação dos artigos, numerados de um a dezenove, que permitiram a estratificação e apresentação dos resultados.

Referente a caracterização dos estudos selecionados quanto as temáticas, correspondente a seis artigos referente a obstetrícia, oito artigos à neonatologia e, por fim, cinco artigos condizentes a obstetrícia e neonatologia.

Evidencia-se que os estudos selecionados foram mais frequentes no ano de 2020, correspondendo a seis artigos, seguido pelos anos de 2018 e 2019, com quatro artigos cada ano, logo após vem o ano de 2017, contabilizando três artigos, em seguida o ano de 2021, totalizando dois artigos.

No que concerne à base de dados dos 19 artigos incluídos, três artigos foram extraídos da base de dados BDEnf, dois artigos extraídos da base de dados LILACS, quatro artigos extraídos da base de dados MEDLINE e, dez artigos extraídos da base de dados SciELO.

Relacionado a metodologia empregada em cada estudo, quantifica-se como doze estudos quantitativos e sete estudos qualitativos. De modo consequente, e

caracterizando de forma hierárquica o nível de evidências dos artigos selecionados, sendo que em sua totalidade, os dezenove artigos foram classificados como nível 4 (quatro), na qual pertencem as evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.

4.1 CATEGORIZAÇÃO

A partir da leitura crítica e análise dos artigos que compuseram esta revisão, foi possível classificá-los em quatro categorias temáticas: Riscos Assistenciais à Saúde da Mulher durante o Ciclo Gravídico-Puerperal; Direitos das Gestantes e Parturientes; Segurança do Paciente associado à Assistência Neonatal; Práticas Assistenciais associadas a Qualidade e Segurança do Paciente nos Serviços Obstétrico e Neonatal, apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Estratificação dos estudos de acordo com a categoria temática.

CATEGORIA TEMÁTICA	ARTIGOS
1 – Riscos Assistenciais à Saúde da Mulher durante o Ciclo Gravídico-Puerperal.	2, 11, 19.
2 – Direitos das Gestantes e Parturientes.	10, 13.
3 – Segurança do Paciente associado à Assistência Neonatal.	3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 18.
4 – Práticas Assistenciais associadas a Qualidade e Segurança do Paciente nos Serviços Obstétrico e Neonatal.	1, 7, 9, 15, 16, 17.

Após estratificar os artigos em categorias foi possível realizar a discussão das relações entre os artigos e os temas especificados.

5 DISCUSSÃO

O ciclo gravídico-puerperal compreende um período singular na vida da mulher e inclui adaptações tanto fisiológicas como emocionais, interpessoais, culturais e sociais, sendo considerado uma experiência humana valiosa para todos os que participam (SOARES et al., 2017).

Ao recém-nascido mesmo que esse processo ocorra naturalmente, é considerado um acontecimento de modificações extremas necessárias imediatamente após o nascimento. Portanto, o nascimento é considerado uma fase crítica, que exige adaptações fisiológicas repentinas e cruciais que demanda a transformação de uma condição de completa dependência das funções vitais que, durante a vida intrauterina, eram realizadas pela placenta, para outra de autossuficiência (LARA; GOULART; CARMO, 2010).

Melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido é uma necessidade mundial e brasileira, tendo em vista que apenas aumentar o acesso a partos institucionalizados não é suficiente para alcançar bons resultados na assistência às mulheres e crianças. É preciso garantir, simultaneamente ao acesso aos serviços de saúde, a qualidade e a segurança dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde (CARVALHO et al., 2018).

Receber assistência qualificada é um direito do usuário de qualquer sistema de saúde. Desse modo, a gestão pública deve atuar para garantir a plena qualidade da atenção. De acordo com Almeida et al. (2018), a boa qualidade na assistência à saúde é aquela que proporciona o bem-estar máximo ao paciente após considerar o melhor equilíbrio entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo do cuidado em toda a sua extensão, de modo a obter os melhores resultados possíveis com o nível científico atual.

No Brasil, promover a qualidade do cuidado com ênfase na segurança do paciente ou redução a um mínimo aceitável dos riscos e danos desnecessários associados ao cuidado é fundamental. Enfatiza-se o foco na comunicação entre as equipes e o esforço na formação do conhecimento baseado em evidências científicas. Somado a isso, o feedback de acompanhamento contínuo também é essencial para garantir que o cuidado seja eficiente, eficaz e seguro (CARVALHO et al., 2018).

Com o intuito de facilitar a discussão e o entendimento dos resultados encontrados nesta revisão, os artigos foram agrupados em quatro categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir.

5.1 RISCOS ASSISTENCIAIS À SAÚDE DA MULHER DURANTE O CICLO GAVÍDICO-PUERPERAL

Nesta categoria foram elencados três (15,79%) dos 19 artigos que compuseram esta revisão.

A gestação e o parto são eventos fisiológicos que representam a terceira causa de internação no Brasil, com graus de complexidade variados, desde condições naturais, ausência de complicações, até a presença de patologias e situações que requerem demandas especializadas dos serviços de saúde. As mortalidades materna e neonatal são consideradas *never events* e indicadores indiretos das condições de vida e saúde de um país. Enquanto indicadores de desfecho final, a morte materna apresenta-se com um alto valor preditivo para a ocorrência de danos durante a assistência (OLIVEIRA et al., 2020).

A diminuição da mortalidade relacionada ao nascimento vem sendo uma prioridade na saúde global e está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também visando à redução do número de mortes maternas evitáveis, até 2030. Entre os objetivos selecionados, tem-se a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o que significa uma redução de pelo menos dois terços da RMM global atual (PRAXEDES et al., 2017).

No contexto contemporâneo, a problemática da acessibilidade insuficiente à assistência gestacional acarreta vulnerabilidade materno-infantil, pois torna, tanto o período gestacional, quanto o puerperal, desarticulados e fragmentados. Portanto os serviços de saúde na área obstétrica representam, nós críticos para a qualidade do serviço de saúde e segurança do paciente (SANTOS et al., 2016).

Ressaltou-se através de Carmo et al. (2020), que o avanço tecnológico não consegue, de modo isolado, sustentar a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e neonatal. Por isso, avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção obstétrica se reveste de fundamental importância.

A avaliação da cultura de segurança é determinada por organizações internacionais de acreditação hospitalar e proporciona identificar e gerir as questões de segurança no processo de trabalho institucional, a fim de monitorar mudanças e resultados (PEDRONI et al., 2020). Na prática obstétrica e, notadamente, no cenário da maternidade, a obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais complexas que dependem de esforços contínuos dos membros da equipe de saúde (CARMO et al. 2020).

Em organizações de saúde, a cultura de segurança é avaliada por meio da utilização de questionários. Dentre os quais, os mais utilizados encontra-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que mensura as múltiplas dimensões de segurança do paciente. O instrumento interroga a opinião da população sobre temas-destaque relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. A relevância é impactar nos indicadores de segurança do paciente, da saúde materno-infantil e na qualidade de vida das mulheres e dos bebês, por meio do diagnóstico da cultura de segurança e as repercussões sobre as ações de segurança do paciente que envolva a assistência (PEDRONI et al., 2020).

O “*Adverse Outcome Index*” (AOI) do *National Perinatal Information Center* (NPIC) reflete um panorama dos resultados adversos no cuidado perinatal. O AOI contempla dez indicadores: morte materna intra-hospitalar, morte neonatal intra-hospitalar >2500g e >37 semanas, rotura uterina, admissão materna não planejada em unidade de terapia intensiva, trauma de parto no RN, retorno à sala de parto/cirúrgica, admissão em unidade intensiva neonatal com >2500g e >37 semanas por mais de um dia, escala Apgar <7 no quinto minuto, hemotransfusão materna e laceração perineal de 4º grau (OLIVEIRA et al., 2020).

A análise de resultados adversos representa os resultados do cuidado ao binômio e incorpora estratégias de avaliação significativas aos processos de prevenção, redução de riscos e danos decorrentes da assistência. A construção de processos de gestão e avaliação pautados em resultados assistenciais que representam situações de risco deve ser incentivada como ferramenta de inclusão da cultura de segurança na área de saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

Segundo Silva et al. (2021), os danos na assistência perinatal abrangem diversas vertentes: erros decorrentes da assistência; intervenções desnecessárias e/ou inoportunas que comprometem a evolução do parto e proporcionam danos; omissões de condutas, o que implica resultados negativos ou não esperados para o seguimento clínico da gestação, parto e puerpério.

Em relação à omissão de condutas, o modelo *Missed Nursing Care* busca explicar esse fenômeno e pressupõe que as especificidades institucionais influenciam no processo de trabalho da enfermagem, podendo acarretar insatisfação profissional e prejuízos aos pacientes. De acordo com a literatura, a inadequação de pessoal, grande quantidade de admissões e altas, seguido da falta de recursos laborais evidenciam a necessidade de mais enfermeiros na assistência perinatal e da adequação dos recursos materiais (SILVA et al., 2021).

As importantes estratégias desenvolvidas ao longo dos anos não têm sido suficientes para garantir a qualidade da atenção prestada às mulheres, refletindo o efeito limitado das políticas públicas dirigidas à mudança do paradigma de assistência ao parto, pois estudos demonstram que o acesso aos serviços obstétricos não é igualitário caracterizando a fragilidade dos cuidados prestados (SILVA et al., 2017).

Ressalta-se, assim, a necessidade da reorganização do processo de trabalho da enfermagem como desafio constante para o cumprimento dos padrões de segurança e garantia da qualidade do cuidado. No âmbito da cultura de segurança, a categoria de profissionais da enfermagem tem papel fundamental, devido ao maior envolvimento nos processos hospitalares e na maior proximidade com os pacientes (SILVA et al., 2021).

5.2 DIREITOS DAS GESTANTES E PARTURIENTES

Nesta categoria foram elencados dois (10,52%) dos 19 artigos que compuseram esta revisão.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o acompanhamento durante a gestação seja multiprofissional e compartilhado pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) de forma organizada, atendendo às reais necessidades desta população, garantindo continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materna (LUZ et al., 2019).

Visando esse contexto, a Lei n. 9.263 de 1996, assegura à gestante o direito a acompanhamento especializado durante a gravidez, determinando que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, incluindo, como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato (LUZ et al., 2019).

Para todas as mulheres a gestação e, principalmente, o momento do parto é um evento impactante, pleno de preocupações, seguido por diversas modificações no estado emocional como medo, angústia, desconfiança, insegurança em relação ao processo assistencial, mas, acima de tudo, é algo extremamente gratificante e realizador. Porém, é notório que o cenário do nascimento, desconhecido e amedrontador para muitas mulheres juntamente com as práticas vivenciadas durante o parto podem influenciar na forma de ver o ato de parir e ser mãe, visto que já é um ambiente completamente estranho e desconfortável para as mesmas e seus familiares (RODRIGUES et al., 2017).

É importante pontuar que, pelo decurso histórico de institucionalização do parto, a gestante passa a sofrer a mecanização desse evento, ou seja, é reduzida a um simples objeto de intervenção, que lhe impõe agir conforme padrões institucionalmente estabelecidos, em que são promovidas práticas intervencionistas (MONTEIRO et al., 2020).

Nessa perspectiva, segundo Rodrigues et al. (2017), a Resolução RDC n. 36/2013 da ANVISA aponta para a segurança do paciente, cabendo ao serviço de saúde proporcionar-lhe uma assistência com redução de possíveis riscos à sua saúde, no caso presente, da mulher e do recém-nascido, além de favorecer o acompanhamento à mulher no trabalho de parto, parto e puerpério imediato, previsto na Lei do Acompanhante posteriormente citada.

Ademais, é direito da mulher a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento que explorem os cuidados não farmacológicos de alívio da dor e oferecem apoio emocional à parturiente e família, além do contato pele a pele após o nascimento e o clampeamento tardio do cordão umbilical (RODRIGUES et al., 2017).

Concretizando esse conceito, a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS, que trouxe diversas determinações em relação aos direitos da gestante, como, por exemplo, o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. Ademais, a Lei n. 10.048 garante o atendimento prioritário à gestante e à lactante em hospitais, órgãos, empresas públicas e bancos, assim como o Decreto n. 5.296, de 2004 (MORAIS; PAZ; BEZERRA, 2017).

O PHPN se fundamenta nos preceitos da humanização da assistência obstétrica e sendo uma condição o adequado acompanhamento do parto. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (CORDEIRO et al., 2018; BARROS et al., 2018).

Mas, esta não constitui a realidade do país em que cerca de 25% de mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto, sendo por condutas desrespeitosas; cheia de conflitos e maus tratos o que constitui as reclamações mais presentes entre as mulheres (BARROS et al., 2018).

Além disso, conforme mencionado por Paula et al. (2020), há a desqualificação da mulher com a introdução de inúmeras falas de discriminação e preconceito quanto a sua condição socioeconômica e sua relação no campo da sua sexualidade e reprodução. A relação de poder entre o profissional de saúde que culpabiliza a sua condição reprodutiva está inserida em uma violência obstétrica no campo estrutural/institucional, amparado pela desigualdade de poder.

Ressalta-se que o gestor das unidades de saúde tem sido apontado pelas políticas públicas de saúde como o profissional capaz de transformar essa realidade de desumanização e violência obstétrica em que vive a mulher no campo do parto e nascimento. Para alcançar esse objetivo, ele deve consolidar os seus conhecimentos

a fim de que, baseado nas evidências científicas, possa enfrentar os obstáculos identificados, tomando decisões adequadas na garantia de um processo de nascimento qualificado, seguro, feliz, saudável e livre de qualquer tipo de dano à saúde (PAULA et al., 2020).

Nesse sentido, os autores citados acima, apontam a Educação Permanente, como principal ferramenta de capacitação dos profissionais de saúde, utilizada por esses gestores, para reduzir os índices de violência obstétrica nas maternidades. Além de garantir o desenvolvimento de competências profissionais visando à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para interagir e intervir na realidade, contribui para a solução dos problemas oriundos da má formação ou da falta de capacitação.

A Rede Cegonha é um programa instituído em 2011 pela Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, o qual visa a instituição de um modelo de atenção ao parto que garanta atendimento qualificado e humanizado a gestantes, puérperas e crianças até dois anos. Dessa forma, os direitos assegurados à mulher são: a ampliação do acesso; o acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; o subsídio ao transporte de urgência e emergência (vinculado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que inclui os componentes transporte e regulação); a vinculação da gestante a uma instituição de referência para a assistência ao parto; a realização do parto e nascimento seguros por meio da utilização de boas práticas de atenção; a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; o acesso à assistência de qualidade e o direito da criança nascer com segurança, crescimento e desenvolvimento saudável (CORDEIRO et al., 2018; BARROS et al., 2018).

Entende-se que, para contribuir com o compartilhamento desse momento especial, a parturiente tem, por direito, a escolha da presença de um acompanhante prevista na Lei 11.108/2005, com o objetivo de aliviar o foco da dor e fornecer apoio emocional, segurança e incentiva a autonomia da mulher. A legislação garante, ainda, a liberdade de escolha para a posição de parto, a deambulação, a alimentação livre, a redução dos fatores de risco provenientes da cirurgia, a melhor adaptação ao pós-parto e um ambiente aconchegante (CORDEIRO et al., 2018).

No âmbito público, naquele ano, a Portaria n. 2.418 do Ministério da Saúde (MS), passou a autorizar o pagamento de despesas com o acompanhante durante o

processo parturitivo, incluindo gastos com acomodação adequada e fornecimento das principais refeições. Em 2008, a Resolução RDC n. 36, da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, além de reafirmar o direito da mulher ao acompanhante, estabeleceu parâmetros para que os serviços pudessem assegurar uma estrutura física adequada e segura para acompanhantes e trabalhadores da saúde (RODRIGUES et al., 2017).

No âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) definiu, através da Resolução Normativa n. 211/2010, que os atendimentos de obstetrícia no setor privado, independente do plano de saúde, deveriam cobrir todas as despesas com o acompanhante (RODRIGUES et al., 2017).

O apoio contínuo proporcionado pelo acompanhante durante o trabalho de parto/parto, caracteriza-se como fator protetor ao favorecer a redução de intervenções e práticas danosas e agressivas em um momento em que a parturiente e o recém-nascido encontram-se extremamente vulneráveis às rotinas hospitalares e às decisões dos profissionais. Dessa forma, é imprescindível a adequação das maternidades para incluir e acolher o acompanhante (MONGUILHOTT et al., 2018).

Observa-se que, apesar do direito a um acompanhante pela parturiente ser protegido por lei, muitas instituições de saúde ainda o descumprem alegando diversos problemas como o despreparo do acompanhante, que não conhece a fisiologia do parto, e falta de estrutura física adequada para essa prática de humanização (CORDEIRO et al., 2018). Essa restrição pode ser decorrente de que muitos profissionais não consideram o parto/nascimento como um evento familiar, mas sim um ato médico, que deve ser atendido em ambiente “estéril”, sem a presença de pessoas leigas, devido ao seu potencial de risco e à possibilidade de intervenções caso sejam diagnosticadas intercorrências (MONGUILHOTT et al., 2018).

5.3 SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADO À ASSISTÊNCIA NEONATAL

Nesta categoria foram elencados oito (42,10%) dos 19 artigos que compuseram esta revisão.

A capacidade de prestar um atendimento de qualidade afirmando a segurança do paciente pediátrico está relacionada também à diversas formas do desenvolvimento do cuidado, que envolvem a qualidade dos registros das

informações em prontuário, o uso de checklists nos procedimentos, a formação profissional, além do envolvimento dos pais durante toda realização do cuidado (OLIVEIRA et al., 2020).

De acordo com Guzzo et al., 2018 para estabelecer uma cultura de segurança do paciente por meio de uma equipe formada por diversas categorias profissionais, é necessária a atuação dos gestores responsáveis em conduzir essa equipe multiprofissional e em favorecer um ambiente de trabalho baseado no diálogo e na aprendizagem. É importante que sejam realizadas reuniões com a equipe de enfermagem para discorrer e sensibilizar os profissionais acerca da importância, do objetivo e até para sanar as dúvidas recorrentes da equipe.

A prematuridade entre todas as outras fases foram consideradas a mais relevante causa de óbito neonatal no Brasil, seguida pelas infecções, malformações e asfixia/hipóxia, demonstrando déficits nos cuidados prestados durante o período pré-natal, trabalho de parto e atendimento ao recém-nascido (GOMES et al., 2017).

Esse período é considerado com alto índice de vulnerabilidade para a criança, pois ainda são seres que estão em adaptação a vida extrauterina, extremamente frágeis e delicados, e muitas vezes expostos a procedimentos, ou quando necessitam de internação nas unidades, estão mais propensos a sofrer incidentes (GOMES et al., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a ocorrência dos erros está compreendida em três elementos centrais e que normalmente acontecem ao mesmo tempo: aos fatores humanos, voltados aos profissionais; fatores sistêmicos, relacionados ao ambiente de trabalho; fatores externos, que estão fora da governabilidade do gestor; e fatores relacionados com o paciente, por exemplo a não adesão às orientações.

Os fatores humanos fazem referência à postura, ao desempenho e à comunicação entre os profissionais de saúde, ao relacionamento das equipes, assim como aos componentes individuais da doença, das pessoas e dos profissionais. Já os fatores sistêmicos estão relacionados com o ambiente de trabalho e o nível de cultura de segurança. E os fatores externos dizem respeito às questões que se encontram

além das possibilidades de controle da organização, como por exemplo, o meio ambiente e as políticas públicas (HOFFMEINSTER et al., 2019).

Utilizado por grande parte das instituições, o checklist ou lista de checagem, pode servir como uma das ferramentas que contribui para a segurança do paciente, uma vez que seus resultados são promissores para redução de erros e melhoria da qualidade do serviço, o que torna efetiva e funcional (CARMO et al., 2018).

Nos cuidados com o recém-nascido, a ferramenta pode considerar cinco dimensões estratégicas, as quais foram nomeadas como: identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde e prevenção de queda e lesão de pele. Nessa checagem avalia-se a presença e conferência da pulseira de identificação e do leito, se o acompanhante foi incentivado a permanecer ao lado do paciente e orientado sobre as rotinas do setor, planos de cuidado do RN, terapia medicamentosa em uso, prevenção de infecção e risco de queda (CARMO et al., 2018).

Avaliam também se o profissional está orientado a respeito do processo seguro da administração de medicamentos, posicionamentos do RN e higienização corporal, se as soluções alcoólicas estão presentes no leito, se a temperatura do berço ou incubadora está adequada, a qualidade do curativo do acesso venoso, o posicionamento dos dispositivos e se as rodas, portas e laterais dos berços e incubadoras estão travadas, ações essas que podem ser realizadas pela equipe de saúde ou pelos pais (CARMO et al., 2018).

Compreendendo esse cenário, a interpretação correta para redução de danos aos neonatos é que a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde devem ser capacitados institucionalmente quanto à colocação e checagem diária das pulseiras, levando em consideração os protocolos e as recomendações internacionais a respeito da segurança do paciente. Considerando que a identificação é a primeira meta internacional de segurança do paciente, a falta da mesma pode acarretar eventos adversos graves. Quanto melhores forem definidas as etapas desse processo e quanto mais os profissionais estiverem orientados acerca da identificação do recém-nascido (RN), melhor e mais segura será a assistência em saúde (SILVA et al., 2019).

Uma possibilidade que interfere o não cumprimento dessa meta é o fato de alguns RN permanecerem por muito tempo internados. Essa situação pode gerar, nos profissionais da enfermagem, a falsa sensação do saber identificá-los em qualquer momento, negligenciando, assim, a presença e checagem da pulseira de identificação (SAMELLI et al., 2019).

A literatura aponta alguns motivos pelos quais não são aplicados os seguimentos padrões e que justificam o não uso de pulseiras, sendo estes: RN com idade gestacional \leq que 37 semanas ou os neonatos que apresentam edema nos membros superiores ou inferiores, portadores de síndromes malformativas ou com alergia ao material da pulseira (SILVA et al., 2019).

No entanto, o protocolo institucional não compactua com essas justificativas, sendo necessário em todos os casos que haja a identificação do RN em outro membro (em casos de patologias) ou realizar ajuste da pulseira (em RN prematuros/baixo peso). A “pulseira folgada” foi listada como o motivo mais frequente para a ausência das pulseiras, o que requer o uso de pulseiras apropriadas ou técnicas corretas de fixação (SILVA et al., 2019).

Outro argumento relatado pelos profissionais que dificulta a identificação do RN é em relação à dificuldade de leitura dos dados, seja por desgaste do material de confecção da pulseira ou ilegibilidade em razão da deterioração da mesma. Para esse pretexto encontrou-se um índice de 8,1% sobre esta objeção. Sobre isso, deve-se considerar, o material empregado na etiqueta para a confecção da pulseira ou da tinta de impressão (KATLYN, 2020).

Essa tarefa necessita do envolvimento de responsáveis pelo gerenciamento de material da instituição e do enfermeiro para análise e emprego de materiais adequados, pois se tratando de um material indispensável, é inadmissível o desgaste decorrente da ação do tempo de uso, exposição à água ou aos produtos antissépticos, assim como recomenda o protocolo de segurança do paciente (KATLYN, 2020).

Em relação a questão da administração de medicamentos nota-se que a educação permanente da equipe, a experiência dos profissionais e o comprometimento de cada integrante da equipe são fatores que podem diminuir a ocorrência dos eventos adversos (LEITE, 2018).

Estudos destacam os seguintes fatores relacionados à segurança na terapia de infusão: atenção, cautela e concentração no preparo da medicação, que deve ocorrer em ambiente com luminosidade adequada e que promova a redução de ruídos, seja por placas sinalizadoras, seja por limitação de área física. Destaca-se, ainda, que é necessário a dupla checagem da prescrição e utilização de tabelas ou protocolos internos que contemplem a compatibilidade e estabilidade medicamentosa (ROCHA et al., 2018).

A atenção especial deve ser direcionada aos RN quando estão em uso de polifármacos. Os equipos e conectores devem estar datados e dentro da validade indicada pela instituição. Assim são estabelecidas medidas de promoção à segurança medicamentosa, que abrangem as ações preconizadas pelos protocolos do Ministério da Saúde (MS). Essas ações não garantem que o erro não ocorrerá, mas tendem a prevenir que ele ocorra (DINIZ, 2020).

O processo de administração medicamentosa compreende três etapas, sendo elas: prescrição, dispensação ou distribuição e administração de medicamentos. Apesar dessas etapas responsabilizar diferentes profissionais como: médico, farmacêutico e equipe de enfermagem, na prática, estas atividades acontecem de forma interdependente, e a sincronização desses processos afeta diretamente a segurança dos pacientes (MENDES et al., 2021).

Os erros de administração de medicamentos estão entre as falhas mais frequentes, estimando-se que a probabilidade de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças do que em adultos hospitalizados (MENDES et al., 2021).

A equipe de enfermagem atua na última etapa do processo de medicação, o preparo e administração de medicamentos. Por esse motivo há a oportunidade de detectar falhas produzidas nas fases de prescrição e dispensação, funcionando como método de barreira para a consecução de eventos adversos relacionados a fármacos. Alguns autores, no entanto, identificaram a falta de experiência também como um fator de risco para a ocorrência de incidentes relacionados a medicamentos (MENDES et al., 2021).

Pelo entendimento de Nogueira e Oliveira (2017) médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem não familiarizados com prescrições, e principalmente em relação a dosagens de medicamentos prescritas para neonatos em terapia intensiva, tendem a não reconhecer um erro.

A neonatologia, diferente dos demais atendimentos, exige rotinas direcionadas às necessidades dos recém-nascidos, por isso, protocolos de uso adulto não são eficazes para as demandas assistenciais dessa faixa etária. Os profissionais atuantes relataram que a tabela de diluição de medicamentos, apesar de ser muito útil para a reconstituição de drogas liofilizadas, não corresponde à necessidade de padronização da rediluição para a administração de doses muito pequenas, como as usadas pelos pacientes de neonatologia (GUZZO et al., 2018).

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade e a dificuldade dos processos de preparo e administração de medicamentos estão diretamente relacionadas a necessidade de aprofundamento, especialmente na área de neonatologia, com o intuito de contribuir para a construção da cultura de segurança no cenário da prática, sabendo que a reduzida participação de enfermeiros e o fato de se ter trabalhado somente com uma categoria profissional acarreta em inexperiência que reflete nos resultados obtidos apenas a uma realidade específica (GUZZO et al., 2018).

Ademais, ao que concerne o risco de queda, se faz importante e eficaz a educação dos familiares, pois permite a identificação precoce das situações que potencializam este risco, de modo que o RN receba uma atenção rigorosa e direcionada em seu leito. Além disso, as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos hospitalares são essenciais e contribuem também para diminuição de ocorrência desse risco. A confirmação desses itens é realizada através da observação e através de perguntas diretas aos envolvidos quando não se pode observar (CARMO et al., 2018).

Conglomerando a participação da família no processo de segurança do paciente, um estudo conclui que a presença dos pais ou acompanhantes é um recurso pouco explorado, mas que a família é considerada potencialmente pronta, disposta e capaz de ser uma parceira ativa na melhoria da segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos (GODARTH, 2019).

Por outro lado, verificou-se quebra nas ações de segurança em alguns itens, como a orientação dos acompanhantes sobre o risco de queda, além da adesão parcial a medidas como conferência dos dados da pulseira, travamento das rodas dos berços e das incubadoras e integridade dos curativos dos acessos venosos (NOTARO et al., 2019).

No que julga o pensamento da instituição, os resultados encontrados demonstram que a prevenção dos erros em saúde e a promoção de uma cultura de segurança não devem ser encarados como despesas adicionais, mas sim como investimento, de caráter monetário e humano. Nesse sentido, para trabalhar esse desenvolvimento, os erros devem ser encarados com tranquilidade e transparência, sendo necessário sua notificação e análise, com o intuito de se construir ações de melhoria que evitem a sua recorrência (MAYER; BANASZESKI, 2020).

5.4 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS ASSOCIADAS À QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS OBSTÉTRICOS E NEONATAL.

Nesta categoria foram elencados seis (31,58%) dos 19 artigos que compuseram esta revisão.

Conforme Maia et al. (2017), a assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos durante a gestação com o objetivo de preservar a saúde da mãe e do bebê, assegurando a prevenção e a promoção da saúde com detecção precoce de complicações e o tratamento oportuno e adequado de doenças maternas inerentes à gestação. Além disso, tem o objetivo de preparar a gestante para o parto e o puerpério.

Para garantir a adequada assistência pré-natal e puerperal ao binômio mãe/filho, foi instituído, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e à mulher no período puerperal (SILVA et al., 2018). Esse programa tem como prioridades a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal no país, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal como direitos garantidos de cidadania (MAIA et al., 2017; MONTEIRO et al., 2020; MORAIS; PAZ; BEZERRA, 2017).

Baseado nesse conceito, a humanização do parto e nascimento vem se tornando um modelo de atenção obstétrica, nas unidades onde há atendimento ao processo de nascimento, para que seja respeitado o direito de escolhas das mulheres, um parto respeitoso e conforme as suas expectativas, além do direito à autonomia do próprio corpo, quanto a sua manipulação indevida, surgindo, dessa forma, a humanização como possibilidade de rompimentos de práticas danosas ao parto (BARROS et al., 2018).

O MS tem buscado qualificar a assistência ao parto e nascimento e apoiar a implementação das evidências científicas por meio das políticas públicas de saúde. Dessas políticas, destaca-se atualmente o programa Rede Cegonha, que tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Esse programa também tem como objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RASMI) para que, assim, garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MAIA et al., 2017; MONGUILHOTT et al., 2018; DIAS et al., 2018).

Nesse sentido, entende-se que a acessibilidade aos serviços de saúde deve contemplar tanto as características do serviço, no que diz respeito à oferta de atendimento em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados; acolhimento; condições do usuário em relação ao local que reside, sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo, hábitos e costumes e a relação entre eles (SANTOS et al., 2016). Além de acompanhamento eficaz do pré-natal, realização e recebimento em tempo hábil de exames laboratoriais e de imagens e vacinas para detecção e tratamento precoce de doenças através de hábitos saudáveis (SILVA et al., 2017).

Sabe-se que, no Brasil, nascem cerca de três milhões de bebês por ano, representando 98,5% de internações em ambiente hospitalar, o que demanda recursos humanos, estruturais, materiais e organizacionais (MENDES; RATTNER, 2020). Destacam-se alguns aspectos que podem ser constatadas nas instituições de saúde como o aumento das taxas de partos na modalidade cesariana, ao longo dos anos, constatando-se um aumento de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010 (OLIVEIRA et al., 2020).

Levando em conta a importância dessa modificação do sistema obstétrico brasileiro, a criação de Centros de Parto Normal (CPN) se apresenta como alternativa para a efetivação desse novo modelo de atenção obstétrica, pois busca resgatar a prática do parto normal que oferece maior segurança à saúde da mulher e ao recém-nascido, ao passo que tem como vantagem rápida recuperação pós-parto, baixo risco de infecção, hemorragias e outras complicações (SOARES et al., 2017).

Frente às recomendações dos programas e das políticas públicas, vislumbre-se a atuação de enfermeiros obstetras, os quais possuem autossuficiência para prestar assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal de baixo risco e nas gestações de alto risco, como integrante da equipe multidisciplinar, estimulando a autonomia da mulher, prestando cuidado pautado em evidências, promovendo, assim, o bem-estar materno (MONTEIRO et al., 2020; MORAIS; PAZ; BEZERRA, 2017).

Segundo Oliveira et al. (2020), a inserção de Enfermeiras Obstetras tem sido recomendada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal devido às práticas se basearem no cuidado integral, valorização da mulher, cuidado pautado na não intervenção desnecessária, utilização de tecnologias não invasivas para alívio da dor com base em evidências científicas e sensibilização para o resgate do protagonismo da mulher, tendo papel fundamental na qualificação dos serviços de saúde e na assistência à mulher no processo parturitivo.

Conforme o uso de tecnologias foram aplicadas ao parto, o MS fez recomendações relativas à assistência ao parto normal, no sentido de que as instituições e profissionais que prestam assistência ao parto, visem o respeito, à dignidade à parturiente, ao recém-nascido e aos familiares, através de mudanças nos paradigmas, nos protocolos e nas atitudes para proporcionar um trabalho de parto normal ativo e saudável (DIAS et al., 2018).

Ademais, é necessário melhorar aspectos relacionados à humanização na sala de parto, como o direito a acompanhante e a atitude de colocar o recém-nascido no peito ou colo da mãe imediatamente após o nascimento. Essas práticas são reconhecidamente benéficas para a assistência ao parto com diversos efeitos favoráveis. O acesso às consultas e a exames laboratoriais incluindo o ultrassom gestacional carregam um elevado valor simbólico na gestão de qualidade dentro de um PHPN (ALMEIDA et al., 2018).

Avaliar a qualidade das informações produzidas pela assistência prestada ao binômio mãe/ filho é indispensável, na medida em que são instrumentos importantes para o diagnóstico da situação de saúde, visto que distinguem populações de maior vulnerabilidade, possibilitam planejar estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades e especificidades de cada grupo populacional quanto a apontar os fatores de risco para morbimortalidade materna e neonatal (MAIA et al., 2017).

A mortalidade materno-infantil ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Considerando que a maioria dessas mortes ocorre por causas evitáveis, esses óbitos podem ser indicadores de qualidade do sistema de saúde, tendo em vista que apenas o acesso amplo aos serviços de saúde não é suficiente para alcançar bons resultados na assistência à saúde de mulheres e crianças (CARVALHO et al., 2018; CORDEIRO et al., 2018).

Segundo Oliveira et al. (2020), os desfechos desfavoráveis ou complicações do parto podem ser utilizados na avaliação da qualidade do cuidado, através de indicadores do perfil de danos, o que proporciona a análise de causas, fatores de risco e resultados assistenciais. A avaliação de resultados em serviços de saúde mostra-se vantajosa por associar medidas de desfechos com a avaliação da segurança do paciente, representando incidentes e situações adversas que impactam nos sistemas de saúde.

Baseado nesse conceito, o Programa de Segurança no Parto (PSP) da OMS desenvolveu uma lista de verificação para apoiar a prestação de cuidados essenciais às práticas maternas e perinatais por profissionais de saúde que atendem a partos institucionais, denominada “Lista de Verificação de Segurança no Parto”. A elaboração desse instrumento foi estimulada especialmente pela existência de dados que indicam que entre os 130 milhões de partos ocorridos a cada ano, cerca de 303 mil resultam em morte materna, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões em morte neonatal. Apesar da redução de 45% das mortes maternas em todo o mundo desde 1990, 800 mulheres ainda morrem a cada dia por causas preveníveis antes, durante ou depois do momento do parto, e 99% dessas mortes maternas preveníveis ocorrem em países de baixa e média renda (PRAXEDES et al., 2017).

Segundo Santos et al. (2020), a Lista de Verificação de Segurança no Parto, contém 29 práticas recomendadas mundialmente, que estão relacionados às

principais causas de mortes maternas (hemorragia, infecção, trabalho de parto obstruído e distúrbios hipertensivos), natimortos relacionados ao intraparto (cuidados intraparto inadequados) e mortes neonatais (asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade) em países de baixa renda. Ademais, é composto por quatro seções, caracterizando as etapas que o profissional deve realizar a verificação: admissão; antes da expulsão; logo após o parto e antes da alta, contendo perguntas direcionadas às práticas desenvolvidas no cuidado do binômio mãe-bebê.

No momento da admissão, as perguntas são relativas à verificação da necessidade de transferência da mãe, início do partograma (prática que auxilia os profissionais de saúde no monitoramento do progresso do parto, evitando trabalhos de parto prolongados e procedimentos operatórios desnecessários, reduzindo-se a mortalidade neonatal), necessidade de medicações, disponibilidade de material para lavagem das mãos e luvas em cada exame vaginal, a presença do acompanhante e orientações para solicitar auxílio (SANTOS et al., 2020).

No período antes da expulsão (ou antes da cesariana), os questionamentos são relativos à verificação da necessidade de medicações, a confirmação do material necessário para realização do parto e sobre a identificação do profissional responsável pelo procedimento (SANTOS et al., 2020).

No terceiro momento, logo após o parto (no espaço de uma hora), as questões são relacionadas à verificação de sangramento anormal, à conduta profissional, ao uso de medicações, à necessidade de transferência do recém-nascido, às medicações ao recém-nascido, aos cuidados especiais, à amamentação, ao contato pele à pele, e sobre orientações a solicitar auxílio em sinais de perigo (SANTOS et al., 2020).

No período antes da alta, indagava-se sobre a verificação de permanência na unidade por 24 horas, o uso de medicações, a presença de sangramento, a necessidade de antibióticos ao recém-nascido, os motivos de adiamento da alta, as dificuldades em amamentar, as orientações sobre o planejamento familiar, a marcação de consultas de seguimento e sobre as orientações a solicitar auxílio após a alta hospitalar (SANTOS et al., 2020).

Evidenciou que o uso desse instrumento é capaz de, quando implementado de forma eficaz, contribuir para a melhora da qualidade da assistência à saúde materna e neonatal uma vez que determina um aumento na realização de práticas obstétricas essenciais. A baixa qualidade do cuidado em partos institucionais é reconhecida como o maior fator de risco para desfechos negativos relacionados ao parto. Porém, práticas simples e efetivas relacionadas à segurança do nascimento são comumente negligenciadas, porque a maioria dos eventos adversos é classificada como eventos evitáveis (PRAXEDES et al., 2017).

É preciso ter ciência que a mulher, o recém-nascido e a família são os protagonistas reais da cena, sendo imprescindível o empoderamento feminino considerando-se os valores da humanização, seu estado emocional, suas crenças e exaltando sua dignidade e autonomia durante o parto (CORDEIRO et al., 2018).

No contexto da avaliação de uma política pública prioritária, a satisfação das usuárias configura-se como importante campo na avaliação da qualidade, na medida em que seu nível de satisfação reflete os diversos momentos do atendimento e a maneira como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento entre os usuários e o serviço de saúde (ALVARES et al., 2018).

Para que isso ocorra, os profissionais de saúde deverão fornecer informações adequadas para cada situação, do pré-natal ao puerpério, oferecendo apoio físico e emocional, informando sobre o direito ao acompanhante e acalmando suas angústias e medos (CORDEIRO et al., 2020). Incluem-se, nas práticas de humanização do parto a oferta de dieta e técnicas para o alívio da dor. Por meio das práticas comprovadas cientificamente, irão ser proporcionados benefícios para a mulher e o recém-nascido tais como: o aleitamento na primeira hora de vida; o contato pele a pele precoce e o clampeamento de cordão após cessar a pulsação (SANTOS et al., 2020).

A atenção pré-natal e puerperal, fornecida pelos serviços de saúde, deve possuir como pontos essenciais a qualidade, a humanização e a segurança do paciente, o que inclui ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento apropriado das intercorrências. É dever dos profissionais e serviços de saúde acolher com dignidade a mulher, considerá-la como sujeito atuante, base do processo de humanização, possibilitando o estabelecimento de vínculos solidários e responsáveis, respeitando seus direitos como usuários (BRASIL, 2006).

6 CONCLUSÃO

Foi possível compreender as práticas de gestão da qualidade e da segurança do paciente na atenção obstétrica e neonatal no cenário nacional. É importante ressaltar que o profissional de enfermagem tem papel fundamental no cuidado pré e pós-natal. Para tanto, a capacitação, embasada nos princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, torna-se fundamental para o estabelecimento de uma assistência efetiva segura e qualificada, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Por meio da leitura crítica e análise dos artigos que abordassem e relacionassem estas temáticas buscou-se elucidar acerca da qualidade da assistência e segurança do paciente, da relevância de estudos nessa seara pela importância e sustentação fundamentada das orientações ofertadas durante o ciclo gravídico, que enaltecem a redução dos casos de eventos adversos ou complicações.

Este estudo demonstrou a fragilidade dos serviços e as lacunas no processo, que podem causar mortalidades materna e neonatal que são consideradas *never events* e indicadores indiretos das condições de vida e saúde de um país. Os danos da assistência perinatal não adequados abrangem diversas vertentes: erros decorrentes da assistência; intervenções desnecessárias e/ou inoportunas que comprometem a evolução do parto e proporcionam danos; omissões de condutas comprovadamente eficazes, o que implica resultados menos favoráveis, negativos ou não esperados para o seguimento clínico da gestação, parto e puerpério.

Além disso, no contexto atual, a problemática da acessibilidade insuficiente à assistência gestacional acarreta vulnerabilidade materno-infantil, pois torna, tanto o período gestacional, desarticulados e fragmentados. Portanto os serviços de saúde na área obstétrica representam, nós críticos para a qualidade do serviço hospitalar e a segurança do paciente.

Faz-se necessário garantir a adequada assistência pré-natal ao binômio mãe/filho, qualificar a assistência ao parto e nascimento e apoiar a implementação das evidências científicas por meio das políticas públicas de saúde, baseada na humanização.

A literatura apontou que a humanização do parto é entendida como prática de cuidado ao parto e nascimento que visa garantir assistência segura, oferecendo cuidado humano, individualizado e integral, no qual desejos, expectativas e direitos considerados, são almejados pelas mulheres.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento expôs as diversas determinações em relação aos direitos da gestante, dentre os quais, o direito de acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério, tendo como uma condição o adequado acompanhamento do parto.

Salienta-se que inúmeras estratégias precisam ser utilizadas, como uma a promoção da autonomia para o autocuidado, o conhecimento dos eventos adversos, a fiscalização dos cuidados pelos acompanhantes, a sensibilização dos pacientes para a percepção dos riscos e a compreensão do assunto de forma sistematizada.

Em relação aos cuidados com o recém-nascido, a literatura apontou cinco dimensões estratégicas para a prevenção dos erros em saúde e a promoção de uma cultura de segurança, dentre os quais foram nomeadas como: identificação do paciente, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde e prevenção de queda e lesão de pele.

Ademais, as estratégias desenvolvidas ao longo dos anos não têm sido suficientes para garantir a qualidade da atenção prestada às mulheres e recém-nascidos, refletindo o efeito limitado das políticas públicas dirigidas à mudança do paradigma de assistência ao parto.

Com a finalidade de melhorar a qualidade e a segurança no momento do parto, OMS desenvolveu a Lista de Verificação de Segurança no Parto, em 2008, para que as maternidades pudessem ter uma assistência padronizada em relação aos principais riscos associados ao parto, com o intuito de garantir um parto livre de eventos adversos e danos irreparáveis, como morte materna e neonatal.

Considera-se relevante ressaltar que dentre as limitações do estudo, nota-se que há poucos artigos relacionados à questão de pesquisa, portanto, novos estudos são necessários para se entender melhor essas dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no que se refere a gestão de qualidade e segurança do

paciente obstétrico e neonato. Apesar disso, os achados da pesquisa apresentam subsídios para estudos futuros.

Espera-se que este estudo contribua para que os serviços de saúde aprimorem a qualidade na assistência às mulheres e aos recém-nascidos respectivamente, durante todo o ciclo gravídico, puerperal e nascimento, como também auxilie os profissionais de saúde no acolhimento do binômio mãe/filho de forma holística e humanizada, garantindo-lhes direitos fundamentais a um atendimento de equidade, independentemente da classe social.

Por fim, faz-se necessário incentivar a elaboração de outras pesquisas que avaliem a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido nesse período a fim de gerar informações que venham a contribuir com o aperfeiçoamento da qualidade e segurança dessa assistência, além de favorecer a construção de práticas da gestão de qualidade a serem adotadas.

REFERÊNCIAS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. **Quality and Safety in Women’s Health Care**. 2. Ed. Washington, EUA, 2010.112 p.

ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100013>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

ALMEIDA, Karlo Jozefo Quadros de et al. Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 76, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100268&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 set. 2022.

ALVARES, Aline Spanevello et al. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2776-2783, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/qtTNByrxCbX3sfPYG9PYgGv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

BARROS, Thais Cordeiro Xavier de et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 554-558, fev. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25368p554-558-2018>>. Acesso em: 24 set. 2022.

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2017. 168 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2017. 92 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade**. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2014. 108 p.

BRASIL. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Internações hospitalares do SUS - por local de internação**. Brasil: DATASUS, 2020.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 524 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 202 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

CARMO, Juliana Maria Almeida do. **Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica**. 2018. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CARMO, Juliana Maria Almeida do et al. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetria: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. 1-7, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/dQNgdZBhsdHdPvJJHvY4G4B/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CARVALHO, Isis Cristiane Bezerra de Melo et al. Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18 n. 2, p. 419-436, abr.-jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200401&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 set. 2022.

CORDEIRO, Eliana Lessa et al. A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n. 8, p. 2154-2162, ago. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236334p2154-2162-2018>>. Acesso em: 28 set. 2022.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Revista Ciência, Cuidado E Saúde**, Cuiabá, v. 9, n. 4, p. 728-735, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i4.13825>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Eficiência de Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Revista Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 35-39, abr. 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398/442>>. Acesso em: 15 out. 2022.

DINIZ, Walkiria Fernandez Camillo Ferreira. **Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e violência sexual: movimentos e ações de um coletivo de trabalho em um hospital de ensino**. 2020. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan.-fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2021.

FOGAÇA, Vanessa Dias; SCHNECK, Camilla Alexandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.12, n. 3, p. 296-305, jul.-set. 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i3.10023>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

FORSTER, Alan et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 5, p. 1073-1083, nov. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17077227/>>. Acesso em: 19 dez. 2020.

GAITA, Marcia do Carmo; FONTANA, Rosane Teresinha. Percepções e saberes sobre a segurança do paciente pediátrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 22-24, ago. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/pQQcwbYMwFLXVT8TdRy9tNc/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 02 nov. 2021.

GODARTH, Karin Madeleine. **Protocolo maternidade segura : uma proposta para serviços de risco habitual**. 2019. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

GOMES, Adriana Pereira Trindade de Souza et al. Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1-9, jul.-set. 2017. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875394/49501-212392-1-pb.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

GOMES, Karen. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67 n.1, jan.-fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

GUZZO, Gabriela Manito et al. Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 27, n. 3, p. 1-10, ago. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/6crkhdyTnXZySXDnQbNnqTD/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HOFFMEINSTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MACEDO, Ana Paula Moraes de Carvalho. Aprendendo com os erros: análise dos incidentes em uma unidade de cuidados neonatais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-8, 2019. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pjz5ZTR9RgfSrbg86Nv5WNy/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

KATLYN, Tatiana Narvaez Muñoz. **Experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na Colômbia**. 2020. Dissertação (Pós-graduação em Concentração Prática Profissional de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

LARA, Silvia Helena de Oliveira; GOULART, Maria José Pessoni; CARMO, Tânia Maria Delfraro. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciência et Praxis**, Minas Gerais, v. 3, n. 5, p. 35-42, 2010. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2158/1150>>. Acesso em: 30 set. 2022.

LEITE, Camila Carla de Paula. **Diretrizes para a atenção neonatal em maternidade de risco habitual : produto de uma avaliação normativa**. 2018. Dissertação (Pós-graduação em Concentração – Prática Profissional de Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

LUZ, Cintia Aparecida Souza et al. Núcleo de apoio à saúde da família para gestante num grupo educativo: relato de experiência. **Cuidarte Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-203, jul.-dez. 2019. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/199.pdf>> Acesso em: 28 set. 2022.

MAIA, Vivian Kecy Vieira et al. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento e da rede cegonha. **Revista Online de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, out.-nov. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5794/pdf_1>. Acesso em: 15 out. 2022.

MANN, Susan; et al. Assessing Quality in Obstetrical Care: Development of Standardized Measures. **Joint. Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Reino Unido, v. 32, n. 9, p. 497-505, 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S155372500632065X?via%3Dihub#preview-section-cited-by>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

MANZINI, Fernanda Cristina; BORGES, Vera Therezinha Medeiros; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, mar. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000100007>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

MAYER, Barbara Letícia Dudel; BANASZESKI, Célio Luiz . Gestão de custos assistenciais em operadoras de planos de saúde: interface com auditoria do cuidado. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 264, p. 3952-3958, maio 2020. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/264/pg84.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto –**

enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2021.

MENDES, Léia Arcanjo et al. Adesão da equipe de enfermagem às ações de segurança do paciente em unidades neonatais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 2, p. 1-9, maio 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/VnVxbjChPdKfWTjpFRJ48ND/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão e; RATTNER, Daphne. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 23, p. 1-13, fev. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/wWgCwMGQs9kMjdDXRZWPTzp/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52. p. 1-11, jan. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>>. Acesso em: 28 set. 2022.

MONTEIRO, Alessandra Sousa et al. Prática de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado em maternidade de alto risco. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 21, p. 1-8, ago. 2020. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/53608>> Acesso em: 28 set. 2022.

MORAIS, Jocasta Maria Oliveira; PAZ, Bruna Silva do Nascimento; BEZERRA, Sabrina Maria de Matos. Parto humanizado sob a ótica de puérperas atendidas em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 11, p. 4625-4630, nov. 2017. Disponível em: <10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201711>. Acesso em: 28 set. 2022.

MULLER, Luis Antonio et al. Percepção de enfermeiros sobre o processo de gestão em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5321-5327, dez. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a231332p5321-5327-2017>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

NASCIMENTO, Natália Magalhães et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, jul.-set. 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

NETTO, Jéssica Monteiro Oliveira; FARIAS, Fátima. **Acreditação Hospitalar: Padrões Aplicados na Assistência de Enfermagem em Terapia intensiva**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização/MBA/MBE/Pós-MBA) – Unisinos, Rio Grande do Sul, 2018.

NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta; OLIVEIRA, Gabriela da Silva. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 107-119, jan.-jun. 2017. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1538>>. Acesso em: 28 set. 2022.

NOTARO, Karine Antunes Marques et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-9, ago. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/SKsvP6m9rBs9KgcPqSDQNQD/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

OLIVEIRA, Cláudia Denise Giusti de. **Software para análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem validado em obstetrícia**. 2020. Dissertação (Pós-graduação em Prática Profissional de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

OLIVEIRA, Jamile Rocha de; XAVIER, Rosa Malena Fagundes; JÚNIOR, Aníbal de Freitas Santos. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-678, out.-dez. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a13.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

OLIVEIRA, Thais da Costa et al. Resultados adversos do parto em maternidades de ensino de alto risco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 1, p. 203-211, jan.-mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100193&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2022.

OLIVEIRA, Thalita Rocha et al. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, n. spe, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/QB9XVLqx65959W5YC6nzDbL/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PAULA, Enimar de et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, n. spe, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/phCvS8RYbtynZz66TZnXvGN/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PEDRONI, Vitoria Sandri et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 41, n. spe, p. 1-9, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CKwFfxsjhBhpRYFjbpXs34Q/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005013&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2022.

RAJU, Tonse; SURESH, Gautham; HIGGINS, Rosemary D. Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: Research and Educational Opportunities. **Pediatric Research**, USA, v. 70, n. 1, p. 109–115, jul. 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454497/>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, ago. 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n7/2029-2036/pt>> Acesso em: 02 nov. 2021.

ROBERTS, Christine L. et al. Trends in adverse maternal outcomes during childbirth: a population-based study of severe maternal morbidity. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 9, n. 7, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-7>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

ROCHA, Cristiane Martins da et al. Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3239-3246, dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235858/30772>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da Lei do Acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/4Qm774mp8J5P7CTBkVpkFVf/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

RONSMANS, Carine; GRAHAM, Wendy J. Maternal mortality: who, when, where, and why. **Lanceta**, v. 368, n. 9542, p.1189–1200, set. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17011946/>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SAMELLI, Alessandra Giannella et al. Avaliação do cuidado ao bebê de risco: comparação de modelos de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 1-12, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/8RkdQhwqSmCSsBmYMwdmGMH/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SANTOS, Maxuel Cruz dos et al. Prática segura para partos em hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 80, p. 1-21, set. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41489/html>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos et al. Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Avaliação da acessibilidade na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 01-10, jan.-mar. 2016. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/759/43938-174718-1-pb.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SCARROW, Pamela K. Patient Safety in Obstetrics and Beyond. **Journal For Healthcare Quality**, v. 31, n. 5, p. 3, set.-out. 2009. Disponível em: <10.1111/j.1945-1474.2009.00039.x> Acesso em: 19 dez. 2021.

SILVA, Amanda Bezerra da et al. Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 28-33, dez. 2018. Disponível em: <

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1068/473>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205003&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2022.

SILVA, Joseilda Alves da. **Segurança do paciente sob a ótica da dimensão do cuidado de saúde**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2016.

SILVA, Júlio César Bernardino da et al. Perfil do enfermeiro no gerenciamento dos serviços hospitalares. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2883-2890, out. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236307>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SILVA, Luana Asturiano da et al. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-8, abr.-jun. 2017. Disponível em: < <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868385/49548-204534-1-pb.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, Raiana Soares de Souza et al. Uso de pulseiras de identificação: implicações para a segurança do recém-nascido na maternidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-6, mar. 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/4TDyPkzGSfhjRbPh6qCTcQN/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, Silvana Cruz da et al. Cultura de segurança do paciente, cuidados de enfermagem omitidos e suas razões na obstetrícia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, p. 1-11, jun. 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SyJDqBZnM7NM33nnZMWxxRh/?lang=pt#>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha et al. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, Recife, v. 11, p. 4563-4573, nov. 2017. Disponível em: <10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201704>. Acesso em: 23 set. 2022.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é? E como fazer? **Revista Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2021.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i4.20366>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 320 p.