

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Lara Isa de Souza Gontijo Melo

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA SEGURANÇA DA MULHER NA ATENÇÃO AO PARTO
E NASCIMENTO**

Goiânia

2017

Lara Isa de Souza Gontijo Melo

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA SEGURANÇA DA MULHER NA ATENÇÃO AO PARTO
E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lara Isa de Souza Gontijo Melo

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA SEGURANÇA DA MULHER NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 18 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da banca - PUC Goiás.

Profª Drª Zilah Cândida Pereira das Neves
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás.

Profª Drª Nilza Alves Marques Almeida
Membro convidado externo – UFG

Profª Drª Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás.

Profª Drª Silvéria Maria dos Santos
Membro Suplente, Externo ao Programa – Universidade de Brasília

A minha irmã Stela Mara (*in memoriam*) que sempre foi um exemplo para mim e que hoje estou seguindo os passos que ela tanto desejava.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais Zózimo e Sirley que sempre me apoiaram nessa minha caminhada e que torcem pelo meu sucesso.

Ao meu esposo George Melo pelo apoio incondicional e constante incentivo.

Ao meu querido e amado filho Jorge Neto que veio para dar mais sentido a minha vida.

A minha orientadora, Dr^a Maria Eliane Liégio Matão, um agradecimento carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão e competência.

Ao CNPq pelo incentivo, suporte financeiro e por acreditar no potencial desse estudo.

Agradeço à instituição sede da pesquisa por proporcionar que este estudo fosse possível e aos participantes enfermeiros e médicos pela disponibilidade e boa vontade.

Aos amigos de Mestrado que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado.

Aos professores que destinaram parte de seu precioso tempo para participarem desta pesquisa, com os seus conhecimentos que muito acrescenta. A todos os professores do mestrado que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

RESUMO

MELO, L.I. de S.G. **Representações sociais de profissionais de saúde acerca da segurança da mulher na atenção ao parto e nascimento**. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde. Goiânia, 2017.

Introdução: Segurança do paciente é tema prioritário na área da saúde, com enfoque tanto de órgãos nacionais quanto internacionais. A promoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento visa prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde e é fundamental que os profissionais tenham conhecimento sobre os protocolos de segurança. **Objetivo:** Analisar a representação social de profissionais de saúde acerca da implementação dos protocolos para a segurança da parturiente na atenção ao parto e nascimento. **Método:** Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública de Goiânia, no período de junho a agosto de 2016. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada e aplicação de questionário, junto a onze profissionais, especificamente enfermeiros e médicos que exercem suas atividades laborais no referido serviço. Foi utilizado o programa ALCESTE para análise do *corpus* obtido. **Resultados:** Os resultados permitiram identificar que o serviço adota de forma parcial os protocolos de segurança do paciente. As principais atividades realizadas são a triagem, admissão, trabalho de parto, parto natural, cirurgia cesariana e acompanhamento dos momentos do parto e após uma hora do parto, realizadas adequadamente, de acordo com os participantes. Como resultado da análise lexical das onze entrevistas, emergiu o dendograma com dois eixos, o primeiro denominado (in)segurança e o segundo risco, respectivamente com três e quatro classes: cotidiano; direitos; protocolos e atenção e cuidados. O campo comum sobre as representações sociais dos profissionais de saúde, não são em relação à implementação dos protocolos para a segurança do paciente na atenção ao parto e nascimento, mas sim acerca da segurança da mulher no atendimento obstétrico. Estes estão ancorados em concepções e valores adquiridos ao longo da formação e atuação profissional. Enfermeiros e médicos não abordam o assunto de forma consistente e sistematizada conforme os protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Considerações Finais:** Frente aos resultados obtidos, acredita-se que a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente contribua para reverter as inconsistências verificadas. Alternativamente, deve-se recorrer às ações de educação permanente que abordem os protocolos de segurança do paciente.

Palavras-chave: segurança do paciente; protocolos clínicos; obstetrícia.

ABSTRACT

MELO, L.I. of S. G. **Social representations of health professionals about the safety of women in childbirth and birth care.** 2017. 92 f. Dissertation (Master degree) - Pontifical Catholic University of Goiás, Stricto Sensu Post-graduation Program in Health Care. Goiânia, 2017.

Introduction: The patient safety is a priority issue in the health system, that is a focus by both national and international bodies. The good practices in childbirth and birth care are aimed to prevent adverse events related to health care and it is essential that professionals have knowledge about safety protocols. **Objective:** To analyze the social representation of health professionals about the implementation of protocols for patient safety in the childbirth and birth care. **Methods:** It is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, that was carried out in a public maternity hospital in Goiânia, from June to August 2016. The data taking was performed through a interview and questionnaire application with eleven professionals, mainly nurses and doctors, who perform their activities using the program ALCESTE for corpus analysis. **Results:** The results might allow to identify that the service meets partially the patient safety protocols. The main activities carried out are screening, admission, labor, normal delivery, cesarean and follow-up of the moments of delivery and after one hour of delivery, performed properly, according to the participants. As a result of the lexical analysis of the eleven interviews, the dendogram with two axes emerged, the first one called (in) safety and the second called risk, respectively with three and four classes: daily; rights; protocols and care. The regular issue about the social representations for the health professionals, is not in relation about the implementation of the protocols for patient safety in the childbirth and birth care, but rather on the safety of women obstetric care. These are based in conceptions and values acquired during the formation and professional performance. Nurses and doctors do not approach the issue in a consistent and systematized manner according to the requirements of the National Sanitary Agency. **Final considerations:** As results obtained, it is believed that the implementation of the Patient Safety Centers contributes to reverse the inconsistencies found. Alternatively, permanent education actions that address patient safety protocols should be used.

Keyword: patient safety; clinical protocols; obstetrics.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Dendograma da Representação Social de enfermeiros e médicos acerca da segurança da mulher na atenção ao parto e nascimento. Goiânia, Goiás, 2016. 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioculturais de enfermeiros e médicos de uma maternidade de referência na assistência humanizada ao parto e nascimento. Goiânia, Goiás, 2016.	40
Tabela 2 - Distribuição de informações relativas a prática profissional dos participantes no âmbito da maternidade estudada. Goiânia, Goiás, 2016.	41
Tabela 3 - Distribuição quanto a adoção dos protocolos de segurança do paciente na maternidade, segundo os participantes do estudo. Goiânia, Goiás, 2016.	42
Tabela 4 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, a serem realizadas na triagem e admissão da parturiente, segundo os participantes do estudo. Goiânia, Goiás, 2016.	43
Tabela 5 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, realizadas durante o trabalho de parto, parto normal e cesariana, segundo enfermeiros e médicos. Goiânia, Goiás, 2016.	44
Tabela 6 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, realizadas a qualquer momento ou após o parto, segundo os participantes do estudo. Goiânia, Goiás, 2016.	45

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Principais dificuldades e facilidades verificadas na prática profissional, para implementação dos protocolos de segurança do paciente, segundo enfermeiros e médicos. Goiânia, Goiás, 2016. 43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALCESTE	<i>Analyse Lexicale par contextedun ensemble de segments de texte</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
HM	Higienização das Mãos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Recém-Nascido
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contexto Inicial
WHA	<i>World Health Assembly</i>

SUMÁRIO

	RESUMO	05
	ABSTRACT	06
	LISTA DE FIGURAS	07
	LISTA DE TABELAS	08
	LISTA DE QUADROS	09
	LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	10
	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Segurança do paciente	18
3.2	Atenção obstétrica ao parto e nascimento	22
3.3	Protocolos de segurança do paciente voltados para assistência obstétrica	28
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	33
4.1	Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico	33
4.2	Pesquisa de campo	37
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	82
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	85
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO EM NOME DE	86

TERCEIRO

APÊNDICE D - FORMULÁRIO SOCIOCULTURAL 88

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUC GOIÁS 90

APRESENTAÇÃO

A proposta do presente estudo teve início a partir da experiência profissional da autora baseada no processo de cuidado, com o intuito de proporcionar assistência segura e de qualidade ao paciente. A segurança do paciente trata-se de tema prioritário que tem atraído esforços globais de autoridades e organismos com atuação na área da saúde.

Os programas e diretrizes elaborados visam sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança dessa realidade no cenário mundial. É necessário que os profissionais estabeleçam um novo olhar sobre suas práticas cotidianas para identificar falhas no processo de trabalho passíveis de correção.

Pensar em segurança do paciente no âmbito obstétrico exige conhecer as especificidades dessa área. A gestação e o parto são processos fisiológicos, e as intervenções devem ser atenciosamente avaliadas aos riscos e benefícios tanto para mãe quanto para o filho. Para isso, é fundamental conhecer os Eventos Adversos (EA) relacionados às práticas mais frequentes na assistência ao binômio, bem como os fatores que influenciam sua qualidade e segurança e as diferentes iniciativas que podem ser úteis para as mudanças necessárias.

A promoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento também visa prevenir eventos adversos relacionados à saúde materna e fetal/recém-nascido. É fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favoreçam a incorporação da cultura da segurança do paciente, conseqüentemente dos indicadores obstétricos.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um assunto de preocupação nacional e internacional, e que se expandiu para a atenção obstétrica. Devido ao desenvolvimento científico e aos avanços tecnológicos, as mudanças fundamentaram-se na humanização da assistência obstétrica como condição primeira para o atendimento seguro ao parto e nascimento.

Assistir às mulheres no momento do parto com garantia de qualidade e dignidade no atendimento é preconizado pelo Ministério da Saúde. A segurança da usuária no âmbito das instituições de atenção ao parto e nascimento requer ações seguras em seu atendimento, para minimizar riscos e evitar danos à saúde materna e neonatal.

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo do tempo. No que diz respeito à atenção da saúde da mulher, principalmente quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do parto e nascimento. Os profissionais de saúde são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral (MALHEIROS et al., 2012).

A Segurança do paciente já faz parte da agenda política desde a mobilização do Ministério da Saúde junto à Organização Mundial de Saúde. No Brasil, foi instituído em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada 36/2013. A partir de então, foram estabelecidas ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde através da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Com destaque ainda na Portaria nº 1377/2013 e de nº 2095/2013 que implementaram os seis protocolos básicos para a segurança do paciente (BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2014a).

O tema ganhou mais relevância a partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine To Err is Human*. A partir de várias discussões, foi definido o termo evento adverso como danos ou lesões ao paciente ocasionado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base. Constataram que estes eventos adversos podem implicar em danos irreversíveis aos pacientes e que também envolvem custos econômicos e sociais. O relatório do *Institute of Medicine* apontou que nos Estados Unidos da

América cerca de 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos, provocando gastos anuais entre 17 e 29 bilhões de dólares (KOHN, 2000).

As questões associadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde pública em todo o mundo. Os riscos e a ocorrência de eventos que provocam danos ao paciente têm aumentado no âmbito hospitalar. O risco de infecção associado aos cuidados de saúde em alguns países em desenvolvimento é de até 20 vezes maior que em países já desenvolvidos. Nos países desenvolvidos, um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares (SILVA et al., 2016).

Os gestores das organizações e serviços obstétricos precisam se apropriar do preceito teórico conceitual da qualidade em saúde e da segurança do paciente. É necessário incorporar métodos para conhecer e monitorar sua realidade, implementar práticas a fim de prevenir incidentes, capacitar as equipes de saúde e criar um ambiente voltado para a melhoria da qualidade e do cuidado e com a segurança do paciente (SOUZA; MENDES, 2014).

A reflexão sistematizada acerca da segurança no parto poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência oferecida às mulheres no âmbito obstétrico. Tal perspectiva decorre da mobilização dos profissionais no sentido de aliar conhecimento científico e específico, com a contextualização diária, buscando melhor exercício da prática profissional. A partir disso, espera-se que os indicadores de saúde locais possam apresentar melhores resultados do serviço prestado às parturientes e aos recém-nascidos, além de se estender aos acompanhantes e familiares.

Atualmente um dos desafios a ser enfrentado é construir uma cultura de segurança do paciente com a redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde. Desta forma, é importante investir no aperfeiçoamento da equipe de saúde para a utilização de boas práticas obstétricas, no aprimoramento da utilização das tecnologias empregadas e melhoria no ambiente de trabalho.

Segurança do paciente é um tema relativamente novo, portanto, pouco conhecido no cotidiano das instituições. Desta forma, existem dificuldades e barreiras a serem transpostas, uma delas certamente é o registro e a comunicação de eventos adversos que possam comprometer a segurança do paciente. Essas

questões são primordiais para o alcance de melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, familiar e comunidade (SILVA, 2010).

A temática da Segurança do Paciente com um dos pontos de discussão chama a atenção para um novo modo de olhar a assistência no processo de parto e nascimento, a partir das questões norteadoras: a atenção obstétrica implementada no parto e nascimento atende aos itens da Resolução da Diretoria Colegiada 36/2013? Quais e como os protocolos para a segurança da parturiente, são empregados na atenção humanizada ao parto e nascimento?

É preciso que protocolos de segurança sejam sistematicamente inseridos em todos os processos de cuidado. Com isso, espera-se que se fortaleça a qualidade da assistência voltada ao parto e nascimento tornando-os mais efetivos, seguros e eficientes, frente a um atendimento humanizado (SOUZA; MENDES, 2014). A aplicabilidade e implementação de suas ações, podem favorecer a identificação dos processos de trabalho adotados nas maternidades.

Longe da intenção de exaurir amplo e complexo tema busca-se, como observa Montesquieu (1748; 1996), não fazer ler, mas fazer pensar acerca de um assunto, no caso, questões referentes à segurança do paciente, especialmente de parturientes. Pode-se considerar, ainda, o fato de se constituir como resposta proativa à atual Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as representações sociais de enfermeiros e médicos acerca da implementação dos protocolos para a segurança da parturiente na atenção ao parto e nascimento.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a aplicação dos Protocolos de Segurança do Paciente, adotados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade na cidade de Goiânia-GO;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a implementação dos protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para a segurança da parturiente na atenção ao parto e nascimento;
- Registrar quais e como os protocolos para a segurança da parturiente estão sendo empregados na atenção ao parto e nascimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A segurança do paciente representa um dos maiores desafios para os serviços de saúde. É considerado um assunto que aponta problemas e resultados preocupantes para assistência em saúde. Todo este contexto tem mobilizado o mundo na busca por estratégias que assegurem uma assistência em saúde segura e de qualidade.

Temas relacionados à atenção obstétrica passaram a ocupar um espaço importante na agenda das políticas públicas. Avanços nessa área exigem mudanças políticas, técnico-administrativas das práticas profissionais adotadas, e dos aspectos culturais da sociedade envolvida. É fundamental a transformação do modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento, é preciso sua substituição pelas chamadas boas práticas na atenção obstétrica (MATÃO, 2014).

Desta forma, este capítulo apresenta uma revisão de literatura que é composta pelos seguintes tópicos: Segurança do paciente; Atenção obstétrica ao parto e nascimento; Protocolos da segurança do paciente voltados para assistência obstétrica, os quais visam embasar o presente estudo e sustentar a análise e discussão dos dados.

3.1 Segurança do paciente

A preocupação com a segurança do paciente é algo que perpassa por várias gerações. Ao tratar o paciente há mais de 2 mil anos, Hipócrates foi considerado como o pai da medicina. Ao longo dos anos, em 1853, a grande precursora da enfermagem moderna Florence Nightingale, já alertava para as questões de segurança dos pacientes, ao dizer que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente. Além de ter reduzido a mortalidade dos soldados durante a guerra da Criméia com a implementação de boas práticas na assistência (WACHTER, 2013).

Essa temática se tornou foco de atenção mundial em 1990, por meio da publicação do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), intitulada *To Err is Human*, em português, Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro. A partir de estudos epidemiológicos, demonstra-se a alta incidência de Eventos Adversos (EA) nas instituições hospitalares, frequentemente

ocasionados pelo erro humano, passando a ser evidente a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente (KOHN, 2000).

No Brasil, a primeira iniciativa para a segurança do paciente foi em 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O projeto possui participação voluntária e tem como finalidade notificar EA relacionados a tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (ANVISA, 2002).

Da mesma forma, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde (em inglês, *World Health Assembly* - WHA) de 2002, aprovou a Resolução WHA 55.18 cujo o tema traduzido é Qualidade da atenção: segurança do paciente. Em que estabeleceu que seus Estados Membros devessem dedicar especial atenção aos problemas relacionados à segurança e à qualidade na assistência em saúde, implementando e reforçando práticas baseadas em evidências científicas. Depois teve também a 57ª WHA em que sustentou a criação de uma aliança internacional com o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente (WHO, 2008).

Por meio da aprovação da 57ª WHA, resultou na criação em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Tendo como elemento central a formulação de desafios globais para a segurança do paciente. A melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem sido uma prioridade em âmbito global. O intuito é antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. É uma questão de alta prioridade para a OMS, o que reflete na agenda política dos Estados Membros que buscam apoio nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

Esta Aliança tem como objetivo expandir conhecimentos acerca da segurança na assistência. Em que visa conscientizar e conquistar o compromisso político, lançar programas, realizar campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (BRASIL, 2011a; WHO, 2013).

O foco na segurança do paciente prevaleceu pela OMS com preocupação na ocorrência de EA, causados nos serviços de saúde inseguros. Desta forma, entende-se por segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco

de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e à capacidade de adaptação das instituições, de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho. E os incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados EA (SHERMAN, 2009; CALDANA, 2015; BRASIL, 2013b).

Os eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde são chamados de *never events*. Estes eventos são incidentes graves que devem ser evitados por meio da criação de sistemas de prevenção em instituições de saúde, pois quando um caso ocorre, além de provocar danos físicos e psíquicos ao paciente, repercutem no âmbito da própria instituição de saúde e dos profissionais envolvidos (ANVISA, 2016).

De acordo com Luiz et al. (2015), EA trazem além do aumento de custos, a perda de confiança na instituição, danos morais e organizacionais. Estes acarretam inúmeros prejuízos relacionados ao paciente, como traumas físicos e psicológicos, aumento do tempo de permanência hospitalar e afastamento do convívio social e do trabalho, conseqüentemente afeta na interação profissional-paciente.

Estes resultados adversos também denominado EA, de acordo com dados estatísticos, aumentam de acordo com o tempo de internação do paciente e são afetados com o ambiente hospitalar. De acordo com pesquisas em 58 hospitais dos países da América Latina, 10 de cada 100 pacientes sofrem algum tipo de agravo ao ingressar no ambiente hospitalar (ALVES; SANTOS; DANTAS, 2015).

As publicações na área de segurança do paciente crescem a cada ano. A OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), contendo 48 conceitos-chave. Desses, para fins do presente estudo, é importante destacar dois conceitos, erro e incidentes. Erro é definido como uma falha em executar um plano de ação conforme pretendido ou sua aplicação incorreta. Por incidentes consideram-se eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se em *near miss*, aquele que não atingiu o paciente; incidente sem dano, evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível, e por fim incidente com dano ou evento adverso, casos em que resulta dano ao paciente (ANVISA, 2013).

No Brasil, no ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) deu passos importantes visando à melhoria das iniciativas voltadas para a segurança do

paciente nas instituições de saúde brasileiras. Foi editada a Portaria nº 529/2013, que instituiu o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco. Busca contribuir para a qualificação do cuidado em saúde por meio da implantação dos protocolos de segurança do paciente, criação dos núcleos de segurança do paciente, assim como a notificação de EA em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional (BRASIL, 2013a; 2013b).

Importante destacar também a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 que estabelece a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP, em que o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, em que desempenha papel primordial em todo processo de implantação. Também são responsáveis por desempenhar ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, a qual impõe e exige que as instituições de saúde promovam a cultura da segurança do paciente (BRASIL, 2014a).

Na legislação brasileira, a RDC 36 tornou obrigatória a criação de NSP em todos os serviços de saúde, com o intuito de que questões corriqueiras no cotidiano dos profissionais de saúde é de fundamental importância que comecem a ser discutidas e repensadas dentro do próprio ambiente de trabalho. Desta forma, a segurança da paciente constitui como foco da política nacional que precisa ser atendida (BRASIL, 2013b; 2014a).

Uma das ações instituídas e que tem sido identificada como ameaças à segurança do paciente é a falha na comunicação. Em relação a conduta profissional estas falhas podem ser identificadas através da condução dos cuidados e do conteúdo e confiabilidade das informações transferidas pelos diferentes cenários (CALDANA, 2015).

As instituições têm a obrigação de cumprir as normas. Estas incluem o compromisso e planejamento das ações implementadas em promover um ambiente de cuidado e sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes. Para que isso ocorra, é importante também traçar um plano de segurança e de qualidade. Isso resulta na implantação de um conjunto de ações para garantir a

ausência de eventos adversos, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo das suas ocorrências (BRASIL, 2011a; 2014a).

Outro desafio é a divulgação das atividades desenvolvidas pelas políticas nacionais e mundiais relacionados a segurança do paciente. Além de contribuir, por meio de seus integrantes e profissionais de enfermagem, com o desenvolvimento de pesquisas que possam não somente identificar o cenário atual relacionado à segurança do paciente em nosso país, mas também analisar diferentes estratégias no ensino e na assistência (CALDANA, 2015).

A medida fundamental do processo de melhoria da segurança do paciente, se dá pela necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional. Compreende-se cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo. Estes por sua vez determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. A organização da cultura de segurança se caracteriza pela comunicação fundamentada na confiança, pela percepção da importância da segurança e da efetividade de medidas preventivas (KOHN, 2000).

De acordo com Luiz et al (2015), é importante que estratégias em prol da segurança do paciente sejam implantadas. Assim, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança que está diretamente relacionada ao clima de segurança. O clima é a parte mensurável da cultura de segurança em que reflete na percepção dos profissionais sobre esta questão.

A adoção do clima de segurança está associada à comportamentos seguros, realização de programas de treinamentos, melhoria na comunicação, redução de EA, trabalho em equipe, condições de trabalho e satisfação com o trabalho. A identificação desses fatores é importante ferramenta capaz de averiguar o que é necessário para aprimoramento dentro das instituições de saúde e entre os profissionais. Deve-se destacar alguns itens a serem melhorados como organização e infraestrutura da instituição, deficiências na comunicação e ineficiência da formação profissional voltada à segurança (LUIZ et al., 2015).

3.2 Atenção obstétrica ao parto e nascimento

A atenção obstétrica exige o conhecimento de aspectos fisiológicos do corpo feminino e do processo gestatório, e também acerca dos aspectos psicológicos,

sociais e culturais inerentes à gravidez. O funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser fundamentado na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. O atendimento e a boa qualidade da assistência prestada à parturiente desde a sua admissão na maternidade e durante toda a evolução do processo de trabalho de parto e parto são de fundamental importância para o sucesso no desfecho do parto e nascimento (BRASIL, 2008).

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo do tempo. Desde a época em que as parteiras realizavam os partos nos ambientes domiciliares e que a gravidez, o parto e nascimento, eram transcorridos em família. O desenvolvimento e introdução dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde e a medicalização do corpo da mulher, passou a ser um evento hospitalar. Assim, com os meios cirúrgicos passou a controlar as complicações e situações de risco para o binômio mãe-filho (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; MALHEIROS et al., 2012).

A gestação compreende um período de mudanças físicas e emocionais que as mulheres vivenciam de formas distintas. Trata-se de evento fisiológico para a mulher, que necessita de cuidados para prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Com o avanço científico, principalmente o tecnológico introduzido no âmbito obstétrico, a assistência ao parto e nascimento passou a computar de forma crescente com intervenções ao longo do processo parturitivo. O uso abusivo de técnicas e procedimentos alteram o ritmo natural do corpo feminino de modo a impedir que a mulher exerça seu protagonismo no parto (ROECKER et al., 2012; BRASIL, 2014b).

A gravidez considerada de baixo risco ou risco habitual é aquela em que não é possível identificar um fator de risco ou uma situação anormal, após avaliação clínica e exame físico realizados na consulta de pré-natal (DGS, 2015). A gestação pode ser classificada de baixo risco, quando ela se constitui num fenômeno fisiológico normal, que evolui a grande maioria dos casos sem intercorrências e caracterizada por não aplicar intervenções de maior complexidade (FERREIRA et al., 2014a).

A assistência obstétrica exige o conhecimento de aspectos fisiológicos do corpo feminino e do processo gestatório. Os profissionais necessitam de conhecimentos acerca de questões psicológicas, sociais e culturais inerentes à

gravidez. O cuidado em enfermagem obstétrica deve iniciar antes da concepção, acompanhando o pré-natal, o parto e o puerpério (AQUINO et al., 2011).

No Brasil, as políticas públicas da assistência à saúde da mulher vêm evoluindo e sofrendo transformações, com destaque para a integralidade do cuidado, do resgate da fisiologia do parto e da atenção humanizada. A partir da década de 1980, temas como a humanização do parto e do nascimento e o atendimento das necessidades da mulher têm recebido destaque. Com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, as ações de assistência passaram a ser mais abrangentes e sistemática, sendo embasada em normas e protocolos do MS. Em 2004 o PAISM, tornou-se uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com ações de saúde que garantiam os direitos humanos femininos e que pudessem reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011b; ROECHER et al., 2012).

Nos últimos anos, as políticas de saúde materno-infantil vêm se destacando no Brasil. Além das condições socioeconômicas, a qualidade da atenção pré-natal está diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma, é relevante a avaliação do pré-natal, principalmente em países com amplas desigualdades regionais econômicas e sociais e de acesso aos serviços de saúde (POLGLIANE et al., 2014).

O MS em consonância com as ações preconizadas pela OMS, instituiu no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa é representado pela Portaria nº. 569/2000- GM/MS, que enfatiza que as gestantes e RN devem ter um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal, com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Para que isso ocorra, estabelece ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RN (BRASIL, 2000).

A melhoria da saúde continua como prioridade na política nacional brasileira. A implantação da Rede Cegonha pelo MS, tem atuado no sentido de assegurar às mulheres boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguros e humanizados. Essa atuação está pautada em modelo humanista a ser desenvolvido por

profissional com consciência crítica e reflexiva, dotado de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao exercício nesta área (MATÃO, 2014).

A Rede Cegonha propõe mudanças do modelo de atenção obstétrica e serve de parâmetro para avaliar o atendimento ao parto nas instituições. As práticas preconizadas visam à qualidade do atendimento, redução de intervenções desnecessárias. Essas recomendações viabilizam o resgate da autonomia da mulher, possibilitando que participe das decisões quanto à posição durante o trabalho de parto e parto e a presença de seu acompanhante durante a internação (APOLINÁRIO et al., 2016).

No Brasil, existem importantes documentos que refletem o comprometimento político nacional referente aos propósitos para a área obstétrica. Podem ser apontados o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, publicado em 2004, fortalecido pela Portaria nº 399/2006-GM/MS, que trata do Pacto pela Saúde. Tais documentos ministeriais estabeleceram objetivos e metas para a redução da mortalidade materna e infantil com importante foco de ação a busca por melhoria da qualidade e adequação da assistência nos serviços de saúde durante o parto e nascimento. A principal estratégia para isso seria o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2006).

No sentido de estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços obstétricos, a ANVISA reforça a política nacional. Nesse âmbito, as RDC regulamentadas pela ANVISA, tem destaque para RDC 50/2002 e RDC 36/2008. Estão embasadas na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2002; 2008). Entretanto, apesar de todo o incentivo nacional para a melhoria das condições de saúde da mulher, no conjunto, o percentual alcançado pode ser considerado baixo. No que se refere à mortalidade materna, o número de casos ainda é bem maior do que o máximo estabelecido pela OMS, qual seja 20 mortes por 100 mil nascidos vivos (ONU, 2014).

Estudos realizados indicam que a mortalidade materna duplicou nos EUA nos últimos 20 anos¹. Isso indica que os países que possuem bons recursos não têm

¹ Documento denominado Parto Mortal: a crise na saúde materna e infantil nos Estados Unidos, analisando que mesmo (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

adotado práticas que tratam as mulheres com dignidade, respeito e atendimento apropriado durante a gestação, o parto e o pós-parto (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Tendo em vista a manutenção das altas taxas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, se tornaram um grave problema de saúde pública. Essa realidade, somadas aos demais problemas de saúde com amplitude mundial levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a estabelecer os Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM). O quinto objetivo traçado relacionava-se com a melhoria da saúde da mulher (ONU, 2014).

Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a razão da mortalidade materna era de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. Entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminuiu 21%. Ocorreram 1.038 óbitos por complicações na gravidez e no parto, contra 1.317 no mesmo período de 2010. A meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015. E o que pode ser observado através de dados é que o país melhorou, mas ainda não alcançou a meta de reduzir em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna (ONU, 2014; BRASIL, 2016).

No primeiro semestre de 2011, foram notificados 705 óbitos por causas obstétricas. No mesmo período de 2010 foram registrados 870. De 2003 a 2010, aumentou em 125% o número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal e a proporção de mães brasileiras que não fizeram nenhuma consulta foi reduzida de 4,7% para 1,8%. Em 2011, mais de 1,7 milhão de gestantes fizeram no mínimo sete consultas de pré-natal (ONU, 2014; BRASIL, 2016).

Uma distorção enfrentada é a do excesso de cesarianas. No Brasil, 56% dos partos são por cesárea, quase o dobro da média registrada nos EUA e o triplo do que ocorre na França. O Ministério da Saúde alerta que o procedimento, quando não é indicado por um médico, aumenta em até 120 vezes o risco de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o perigo de morte da mãe (ONU, 2014).

As principais causas das mortes maternas são conhecidas e mais de 80% delas poderiam ser prevenidas ou evitadas. A cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade física da mulher e do RN, seu uso deveria ser restrito aos critérios clínicos de gravidade. Conforme estudos, o Brasil ainda possui altas taxas de parto

cirúrgico e este panorama exige mudanças por parte das Políticas Públicas (MALHEIROS et al., 2012; ESSER; MAMEDE, 2012).

Com o cenário caracterizado acima, é possível dizer que o Brasil não atingiu a meta estipulada pela OMS para redução da mortalidade materna até 2015. Frente a essa realidade mundial a OMS estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especificamente para a mortalidade materna estipulada a redução global para 70 mortes para cem mil nascidos vivos até 2030, o que corresponde para o Brasil 35 mortes maternas por cem mil nascidos vivos (ONU, 2015).

Com vistas às melhorias necessárias na atenção obstétrica, princípios filosóficos e éticos fundamentam a qualificação da atenção e da gestão local, para a redução e controle dos riscos para as usuárias. Neste sentido, foi aprovada a Portaria/MS nº 353/2017 que apresenta as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, cuja finalidade é contribuir com a melhoria da assistência obstétrica. Assim, o direito à humanização e à qualidade na assistência obstétrica e neonatal, se constituem como condição primeira para o atendimento seguro ao parto e nascimento (BRASIL, 2014b; 2017a).

A humanização da Assistência Obstétrica é um fator determinante para o acompanhamento adequado do parto e puerpério. Devem ser adotadas medidas acolhedoras que levem às práticas humanizadas e seguras com a implantação de rotinas, procedimentos e estrutura física adequadas para prestar assistência a mulher (BRASIL, 2000).

Humanizar é um termo utilizado ao prestar uma assistência que valorize a qualidade. Prestar ao paciente cuidado técnico, associado ao respeito dos direitos do paciente, como também a valorização do profissional. As práticas humanizadoras do nascimento é um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto. Reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços efetivos familiares e o vínculo mãe-filho (DESLANDES, 2004; DIAS; DOMINGUES, 2005).

A promoção da qualidade assistencial está diretamente relacionada a segurança da paciente. Ao considerar uma assistência humanizada deve ressaltar a importância da segurança ao parto e nascimento que contribui para um cuidado de qualidade. A segurança proporciona a prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões provenientes do processo assistencial. Desta forma, deve-se atuar para

melhorar ou corrigir as consequências dos resultados adversos ou lesões decorrentes do cuidado, além de apoiar os profissionais envolvidos (O'NEILL et al., 2008; VINCENTE, 2011).

As maternidades devem traçar estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal. Dentre essas estratégias se destacam: treinamento individual e em equipe dos responsáveis pelo cuidado; simulações; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem; uso da tecnologia da informação; educação e rondas de segurança. Essas ferramentas podem ser utilizadas tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial em que estão ligadas a evolução do paciente (SCARROW, 2009; ENNEN; SATIN, 2013).

Estabelecer comunicação efetiva entre a equipe de saúde e a mulher durante o processo de parturição é de extrema importância. A comunicação efetiva promove um cuidado humanizado e com qualidade, proporcionando bem-estar e segurança para o binômio mãe-bebê. Além de transmitir apoio, conforto e confiança, faz com que a mulher se sinta segura e respeitada, bem como favorece ambiente acolhedor e incentiva a participação ativa da mulher no parto e nascimento do filho (BRASIL, 2001; DORNFELD; PEDRO, 2011).

No entanto, deve ser crescente sua valorização junto aos atores envolvidos (profissionais de saúde em geral e autoridades de saúde) para garantir uma assistência mais humanizada, de qualidade e segura. Certamente, a temática deve ser acrescentada nas ações de educação permanente, nas instituições de ensino e pesquisa. Mediante o exposto, o Brasil continua a enfrentar grandes desafios para melhorar a saúde da mulher (SILVA, 2010).

3.3 Protocolos de segurança do paciente voltados para assistência obstétrica

Em geral, as unidades implementam ferramentas de gestão de risco e protocolos de segurança, para que a assistência a parturiente seja padronizada. A descrição de todas as atividades técnicas, administrativas e assistenciais desenvolvidas, bem como responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de profissionais (BRASIL, 2011c).

A partir dessas ações foram criados e aprovados seis protocolos para orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde e que são mundialmente aplicados. A Portaria nº 1377/2013 enfoca os conteúdos

referentes a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, de prevenção de lesão por pressão e de cirurgia segura. Já os conteúdos relacionados a Portaria nº 2095/2013 foram segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, de identificação do paciente e de prevenção de quedas (BRASIL, 2013c; 2013d).

No âmbito obstétrico, cinco protocolos são de maior interesse. Portanto, o protocolo de lesão por pressão não será abordado no presente estudo, assim como os riscos clínicos inerentes ao processo gravídico puerperal.

O protocolo de Higiene das Mãos (HM) deve ser aplicado em todos os serviços de saúde, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos os envolvidos nos cuidados aos pacientes. A cerca da HM ela é prioritária, essencial visto que as mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos pacientes (BRASIL, 2013c).

A HM é um dos maiores problemas de segurança do paciente mundialmente a ser enfrentado e que deve ser prioridade. As mãos estão envolvidas em todo o processo de atendimento tornando-se o principal veículo de transmissão de micro-organismos. A sua adesão exige a integração do controle de infecção com a cultura de segurança da organização por parte de toda equipe (TRANNIN et al., 2016).

O protocolo de cirurgia segura visa reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica. Implementação de Lista de Verificação para Cirurgia Segura da OMS, adaptada de acordo com os serviços de saúde. Proporciona o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, identificando o local e o paciente correto. No caso de cesariana deve-se identificar corretamente a gestante, observar se a anestesia foi administrada corretamente, se foi realizado a incisão cirúrgica e a sutura de maneira adequada (BRASIL, 2013c).

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a inovação e o desenvolvimento tecnológico têm aumentado a frequência de cesáreas em várias partes do mundo como já foi abordado. No entanto, todas as operações cirúrgicas possuem riscos e para que estes riscos sejam evitáveis ou minimizados tem-se discutido protocolos de segurança cirúrgica em diversos países. Grande parte dos eventos adversos podem ser prevenidos ou sanados por meio de condutas que garantem boas práticas pautadas em evidências científicas (BOECKMANN; RODRIGUES, 2015).

Cirurgias seguras é um protocolo que abrange qualquer hospital tendo como objetivo instigar as equipes cirúrgicas a aderir às estratégias preconizadas. As

infecções de sítio cirúrgico são importantes indicadores negativos de qualidade assistencial que normalmente encontra-se associado às falhas inerentes ao processo de trabalho, mas que podem ser evitadas com a adoção de práticas seguras que são abordadas nos protocolos (PEIXOTO; PEREIRA; SILVA, 2016).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos visa promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Tais práticas devem ser ressaltadas, como o uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar as embalagens, padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso do nome comercial, e dupla checagem ao dispensar, preparar e administrar medicamentos (BRASIL, 2013c).

A prevenção de erros na etapa de prescrição é uma das medidas de maior relevância na redução de erros de medicação, pois os equívocos na prescrição são os tipos mais comuns dentre os erros que ocorrem na utilização de medicamentos. Neste sentido, a prescrição deve conter elementos mínimos, de forma a conferir a eficiência necessária ao processo de assistência, garantindo que a ordem prescrita seja rigorosamente transmitida obtendo-se resultados terapêuticos otimizados. Além disso, para se garantir a segurança na prescrição é necessário conhecer quais falhas ocorrem, identificar suas possíveis causas e desenvolver sistemas de barreiras (ARAÚJO et al., 2014).

Alguns itens devem ser destacados para a verificação da administração de medicamentos para que se evite erros. Consideram-se nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Os nove certos não garantem que os erros não ocorrerão, mas seguir barreiras pode prevenir significativamente os eventos, melhorando o processo de uso seguro dos medicamentos (SIQUEIRA et al., 2016).

O MS criou protocolo de identificação de paciente com o propósito de reduzir a ocorrência de incidentes com a implantação de procedimentos. No caso do recém-nascido requer cuidados especiais e a pulseira de identificação deve conter informação do nome da mãe, número do prontuário do RN e a todo momento que este RN for entregue à mãe ou ao responsável legal deverá haver confirmação das informações. Os profissionais de saúde e gestores de serviços deverão fazer o monitoramento desse protocolo (BRASIL, 2013d).

Outro fator importante para garantir a segurança do paciente é a sua correta identificação, prevenindo erros relacionados ao cuidado prestado pela equipe de profissionais de saúde. A identificação do paciente envolve aspectos de estrutura, rotinas do processo de trabalho, cultura organizacional e prática profissional. A identificação incorreta pode provocar eventos adversos ou erros principalmente relacionados à entrega aos familiares de forma equivocada de recém-nascidos na alta ou no momento do aleitamento (TASE et al., 2013).

O protocolo de prevenção de quedas deve ser aplicado em todos os hospitais e em todos os pacientes que recebem cuidados. Tem a finalidade de implementar medidas de cuidados que visam a redução da ocorrência de queda de pacientes, seja ele adulto ou RN. No caso de bebês, eles devem ser acomodados em berços com grades elevadas na altura máxima e deve sempre orientar os responsáveis pelos cuidados para evitar qualquer queda, seja no domicílio ou até mesmo no ambiente hospitalar (BRASIL, 2013d).

A queda é muito frequente nas instituições de saúde, sendo um dos eventos adversos mais notificados, principalmente em relação aos fatores ambientais envolvidos como o mobiliário cama e que ocorrem no banheiro. O risco de queda associado à assistência é algo preocupante, a sua prevenção se inicia pela detecção do risco à ocorrência deste evento indesejável e potencialmente danoso (ANVISA, 2016; TRES et al., 2016).

Manter a segurança do RN quanto à prevenção de quedas tem sido um foco crescente e com destaque para a sua ocorrência principalmente por ser um evento raro. A maior preocupação da equipe multiprofissional é quando as mães seguram seus bebês no colo, adormecem deitadas na cama ou sentadas na cadeira. Essas atitudes colocam as crianças em risco de queda dos braços da mãe ou do leito. Em relação a segurança do RN, a mãe deve ser orientada quanto ao risco do compartilhamento do leito com o RN, após o banho do bebê ou da puérpera ou quando é detectado o risco (TORINO et al., 2016).

A ANVISA preconiza que as instituições sigam estes protocolos, que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente. Essas ações foram criadas com o intuito de informar, esclarecer e orientar sobre relevantes aspectos da segurança do paciente, demonstrando a igual importância de todos para sustentar a assistência de enfermagem, em princípios e fundamentos que promovam esta segurança (BRASIL, 2011c).

Os protocolos descrevem processos básicos de cuidado para a promoção da segurança do paciente. Fornecem elementos capazes de contribuir para a construção do conhecimento e desenvolvimento dos profissionais de saúde e melhoria da assistência à população. Sabe-se, no entanto, que a sua implementação nos diferentes locais de prestação de assistência trata-se de um processo complexo, em especial decorrente da cultura organizacional vigente em grande parte do sistema de saúde nacional - SUS (COREN, 2010).

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico

A enfermagem vem construindo conhecimento com amparo teórico e metodológico das Representações Sociais (RS). A aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) nos estudos sobre o cuidado permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo. Acessar as condições de produção das representações sociais por meio de instrumentos de coleta de dados é condição para pesquisá-las, e com isso realizar exploração do objeto em estudo para captar o percurso do pensamento do sujeito e a dinâmica de suas ações frente ao mesmo (FERREIRA, 2016).

A TRS explica a relação recíproca entre grupos de indivíduo e a sociedade. Surge no âmbito da Psicologia Social no final dos anos de 1950 por Serge Moscovici, a partir da tentativa de explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais. Trata-se da forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseada em sua história de vida, crenças, valores, religião entre outros fatores (MOSCOVICI, 2010).

Esta teoria aborda saberes sociais de grupos, em que as representações são produto do meio de convivência, na qual as pessoas se movimentam. Elas surgem, de maneira expressiva, como construções dos sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados. Possibilita que os sujeitos interiorizem suas experiências, práticas sociais e modelos de conduta adotados, construam e apropriem-se dos objetos/fenômenos socializados. Dito de outra forma, mas na mesma direção, as RS são uma modalidade do conhecimento, que organizam as relações do indivíduo com o mundo e orientam as suas condutas e comportamentos no meio social constituindo, portanto, sistemas de interpretação da realidade (MOSCOVICI, 2012a).

A teoria busca explicar e entender como o pensamento social mantém ou se modifica. Quando as pessoas pensam sobre um fato social que tem importância para um grupo de pessoas, elas expressam e compartilham pensamentos por meio da comunicação, criando e reproduzindo representações. As RS são fenômenos estáveis da vida cotidiana e que podem sofrer modificações, mas em período longo de tempo (POLLI, 2012).

A produção das RS pode se dar a partir de três dimensões, a saber, a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A informação se refere ao conhecimento que um grupo de pessoas tem sobre um determinado objeto, na perspectiva social. O campo de representações ou imagem, remete a conteúdos concretos, compreende os sentidos atribuídos a estes conteúdos já formados. A atitude se relaciona com a orientação global do grupo em relação ao objeto e a sua predisposição para agir (MOSCOVICI, 2012b).

A ancoragem e a objetivação são os dois processos mediante os quais ocorrem as RS. A ancoragem é o que nos permite transformar algo pouco familiar em familiar, e que seja incorporado ao nosso sistema de conhecimento, mantendo a memória em movimento e transforma a ciência em um conhecimento útil para todos. A objetivação é o processo em que conceitos desconhecidos da realidade, tornam-se experiências concretas e palpáveis, ou seja, seleciona informações e a torna concreto aquilo que é abstrato, assim uma ideia mal definida toma forma aproximando o conceito da imagem (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2011; MOSCOVICI, 2011).

A relação entre as representação e práticas ainda não estão totalmente determinadas. No campo da TRS a determinação das práticas pode ser classificada em três vertentes. A primeira delas se refere aos casos em que as práticas determinam as representações, ou seja, o sujeito percebe que as condições externas são irreversíveis e as novas práticas podem ou não estar em desacordo com a antiga representação do objeto. A outra vertente são casos em que as representações determinam as práticas e os comportamentos, esses ativados por diferentes conteúdos, em geral contraditórios, e ocorrem principalmente em situações de exclusão social. Por último, os casos em que práticas e representações se autodeterminam reciprocamente, sendo difícil, em alguns casos impossível, a determinação dessa relação (CAMPOS, 2003).

Existem diferentes estratégias para se obter a representação social de um grupo sobre dado objeto social. Primeiramente, há que conhecer a situação ou contexto presente que envolve o tema específico, em especial no que se refere ao aspecto contranormativo, em geral não verbalizáveis, portanto, difíceis de serem manifestados. Dito de outro modo, há casos em que nem sempre o que é dito no discurso das pessoas coincida realmente com o que elas pensam verdadeiramente. Nesse caso, existem dois componentes da representação, um explícito e outro não

verbalizado, chamado de zona muda (ABRIC, 2005). De modo resumido, a forma como grupos sociais interpretam a realidade, regem as suas relações com o seu meio físico e social e que orientam as suas condutas e prática, as quais podem ser acessados a partir do conhecimento das RS.

Da mesma forma, para a análise do material também existem distintas possibilidades já consagradas no meio científico. No presente estudo, utilizou-se o *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contextedún Ensemble de Segments de Texte*) para a análise inicial do *corpus* obtido. O programa, além de fazer uma análise lexical quantitativa, tendo a palavra como unidade, permite considerá-las nos seus respectivos contextos de ocorrência. Este programa realiza uma classificação hierárquica descendente, com o objetivo de extrair os diferentes temas de um texto bem como as frases que caracterizam cada tema, contextualizando a fala dos sujeitos participantes de uma pesquisa, em análise lexicográfica (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

O emprego do ALCESTE é muito utilizado em pesquisas com enfoque e uso da TRS, na área da saúde. Este método de estatística textual foi desenvolvido para atender às demandas decorrentes da utilização de vários métodos em pesquisa, com geração de volumes consideráveis de informações sobre um dado objeto de estudo, muito comum nas pesquisas qualitativas (AZEVEDO; MIRANDA, 2012).

No ALCESTE são consideradas as unidades de contexto e os contextos representativos. Estes são classificados pelo próprio *software*. As unidades referem-se ao contexto de uma palavra num segmento do texto. Este contexto representativo corresponde a um grau de regularidade das unidades. Considera-se que as unidades de contexto são os segmentos, ao mesmo tempo, os contextos representativos são os temas. O texto analisado é representado por uma tabela de duas entradas, em que se verifica nas linhas horizontais as unidades de contexto e nas colunas, o vocabulário retido. Essa tabela varia de 1 a 10, por esta razão denominada de dendograma, com a presença das principais palavras numa unidade de contexto (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

Os resultados da análise de um texto fornecem a extração dos temas presentes numa determinada classe, permitindo identificar os eixos temáticos presentes nas falas analisadas, bem como os contextos da fala, indicados pela análise do *software*. Iniciada a análise, o processo de tratamento do material é realizado em etapas, a seguir descritas.

Etapa A: etapa de leitura do texto, criação e cálculo dos dicionários de formas reduzidas, transformando as palavras componentes do texto em radicais, na qual o programa prepara o *corpus*, faz a identificação e o reconhecimento das variáveis selecionadas e das Unidades de Contexto Inicial (UCI), com a separação das Unidades de Contexto Elementares (UCE), que são definidas como pequenos segmentos de texto de duas ou três linhas, nas quais se respeita a ordem de aparição no corpus, e o agrupamento das palavras com base em suas raízes, distinção entre as palavras instrumento - artigos, preposições e conjunções - e as palavras analisáveis - essenciais para a análise do conteúdo das representações sociais (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

Etapa B: etapa de cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE em função de seus respectivos vocabulários. Para isso são cruzadas as formas reduzidas do vocabulário com as UCE do corpus. Nesta etapa, também é executada a análise hierárquica descendente, que consiste em repartir as UCE em várias classes, em função do vocabulário que as compõem, de tal forma que seja obtido o maior valor possível e o critério utilizado é a prova de associação X^2 que é um valor do qui-quadrado. O procedimento com as classes obtidas repete-se até que o vocabulário das UCE de todas as classes seja homogêneo, evitando a presença de palavras sobrepostas. A partir disso, o ALCESTE apresenta a segmentação do texto e a formação das classes em forma de um dendograma, representadas graficamente (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

Etapa C: efetua a descrição das classes e das UCE escolhidas, através de cálculos complementares para cada uma das classes obtidas pelos cálculos da etapa precedente. Essa etapa proporciona os resultados mais importantes, pois possibilitam uma primeira compreensão das classes obtidas, principalmente, por seus vocabulários característicos (léxicos). A definição destas unidades é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. As UCI são separadas por linhas de comando iniciadas por asteriscos que precedem o número de identificação do entrevistado e algumas características (variáveis) que são importantes para o delineamento da pesquisa (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

Etapa D: cálculos complementares: esta etapa é um prolongamento da terceira. Com base nas classes das UCE escolhidas, o programa fornece as UCE mais características de cada classe e contextualiza as ocorrências do vocabulário típicas

de cada uma. Outro recurso desta etapa é permitir exportar as UCE obtidas para outros programas informáticos (KRONBERGER; WAGNER, 2002; BRITO; CAMARGO, 2011).

A análise de caráter quantitativo e qualitativo realizado pelo *software* absolutamente não esgota a dimensão contida nas expressões objetivadas pelas falas obtidas. Apenas confere ao estudo uma base lógico/formal que necessariamente fundamenta o exercício não conclusivo da interpretação do pesquisador.

4.2 Pesquisa de campo

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, no período de junho a agosto de 2017. O local da pesquisa foi a Maternidade Nascer Cidadão, instituição pública municipal de Goiânia, referência para parto de baixo risco. Constitui-se como operacionalizadora do SUS na implementação das políticas que norteiam os princípios a serem adotados no atendimento humanizado na atenção ao parto e nascimento, esta a motivação primeira para a escolha do campo referido, visto ser a mesma pioneira nesta modalidade de atendimento.

Os participantes foram profissionais enfermeiros e médicos integrantes da equipe multidisciplinar lotados na maternidade. Estabeleceu-se como critérios de inclusão, além da categoria profissional, no mínimo dois anos do término da graduação e seis meses de atuação no âmbito da maternidade. Como critérios de exclusão foram observadas as condições de ausência dos profissionais na maternidade durante a fase de coleta de dados, especificamente, licença médica, licença maternidade ou em gozo de férias. Estabeleceu-se como critério para encerramento desta etapa, o oferecimento da pesquisa para todos os enfermeiros e médicos integrantes da equipe de profissionais da maternidade, com perfil de potencial participante. Destes, 11 profissionais aceitaram participar da pesquisa.

Os profissionais foram localizados e identificados a partir de listagem nominal fornecida pelo setor de recursos humanos da instituição. Verificou-se a seguir o registro das atividades e escala de trabalho dos integrantes da equipe de profissionais enfermeiros e médicos da maternidade.

Em todos os casos a primeira abordagem foi realizada no próprio ambiente de trabalho. Os profissionais que manifestaram aquiescência quanto a participação, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) contendo todo o detalhamento da pesquisa. Após a leitura e mediante o aceite para participar como voluntário da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, uma ficando em posse do entrevistado e a outra com a pesquisadora responsável.

Como instrumento para coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). A estratégia foi adotada para captar a elaboração do conhecimento dos sujeitos, privilegiando-se a comunicação e a linguagem como condições de produção das RS. Registra-se que todas as entrevistas foram realizadas em seguida à autorização. As entrevistas foram gravadas com o conhecimento e anuência de cada participante, exceto num caso, cujo registro foi realizado de forma manual pela pesquisadora, por falta consentimento para a gravação.

Ao término de cada entrevista todos os participantes responderam, em nome de terceiro, sempre da sua mesma categoria profissional, questionário com perguntas relativas a prática profissional (APÊNDICE C), no âmbito da maternidade estudada. Em seguida, receberam o formulário para registro de dados socioculturais (APÊNDICE D).

Para dar início a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, para se obter os detalhes das informações e a sua confiabilidade. Em seguida, se deu a organização do material num único *corpus* configurada em arquivo Microsoft Word, com a devida formatação para possibilitar a submissão do arquivo ao programa em referência.

Nesta pesquisa, o banco de dados foi composto por onze entrevistas, denominadas UCI, as quais formaram o *corpus* de análise. Após processar o arquivo no ALCESTE, foram gerados 308 segmentos de textos denominados de UCE, estes distribuídos em dois eixos e quatro classes.

Com vistas a manutenção do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela inicial de sua categoria profissional, especificamente E no caso de enfermeiro e M para médico, seguido do número correspondente à sua participação.

Para fins de registro, o estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo

seres humanos (BRASIL, 2012a), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Goiás, CAAE 53256816.7.0000.0037/2016 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociocultural, segundo as variáveis sexo, idade, raça/cor, estado civil, religião, filhos, nível de instrução e tempo de trabalho na maternidade.

Tabela 1- Distribuição das variáveis socioculturais de enfermeiros e médicos de uma maternidade de referência na assistência humanizada ao parto e nascimento (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	2	18,2
Feminino	9	81,8
Idade		
35 - 45	9	81,8
46 - 55	2	18,2
Raça/cor		
Branco	4	36,4
Pardo	6	54,5
Amarelo	1	9,1
Estado Civil		
Solteira	3	27,3
Casada	6	54,5
União Estável	1	9,1
Divorciado	1	9,1
Religião		
Católica	9	81,8
Espírita	2	18,2
Filhos		
Não	2	18,2
Sim	9	81,8
Nível de instrução		
Pós-graduação		
Nenhuma	3	27,3
Lato sensu	7	63,6
Stricto sensu (mestrado)	1	9,1
Tempo de trabalho na maternidade (anos)		
2 – 3	4	36,4
≥ 4	7	63,6

Observa-se que, de um total de onze participantes houve predomínio de funcionários do sexo feminino, com idade entre 35 a 45 anos, de cor parda, casados, católicos, que possuem filhos, de nível de instrução de pós-graduação *lato senso*, com tempo de trabalho na maternidade superior a quatro anos.

A tabela 2 apresenta a distribuição das atividades profissional como formação, área de atuação, setor, carga horária na maternidade, turno e se possuem outro vínculo empregatício.

Tabela 2- Distribuição de informações relativas a prática profissional dos participantes no âmbito da maternidade estudada (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	n	%
Formação		
Enfermeiro	6	54,5
Médico	5	45,5
Área de atuação		
Administrativa	1	9,1
Assistencial	10	90,9
Setor		
Clínica obstétrica	4	36,4
Clínica pediátrica	2	18,1
Pré-parto	5	45,5
Carga horária na maternidade		
20	4	36,4
24	2	18,1
30	4	36,4
40	1	9,1
Turno		
Diurno	9	81,8
Misto (diurno e noturno)	2	18,2
Outro vínculo		
Sim	6	54,5
Não	5	45,5

Verifica-se que, de um total de onze participantes a maioria são enfermeiros, que trabalham na área assistencial no pré parto, possuem carga horária de 20 e 30 horas, no turno diurno e têm outro vínculo empregatício.

A tabela 3 apresenta os protocolos de segurança do paciente adotados na maternidade segundo os participantes do estudo, que responderam se estes protocolos são integralmente, parcialmente adotados ou que não são adotados.

Tabela 3 - Distribuição quanto a adoção dos protocolos de segurança do paciente na maternidade, segundo os participantes do estudo (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Protocolos	Integralmente adotado		Parcialmente adotado		Não adotado		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia segura	0	0,0	6	54,5	3	27,3	2	18,2
Prática de higienização das mãos em serviços de saúde	4	36,4	5	45,5	0	0,0	2	18,1
Identificação do paciente	4	36,4	5	45,5	0	0,0	2	18,1
Prevenção de quedas	2	18,2	6	54,5	1	9,1	2	18,2
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	3	27,3	6	54,5	0	0,0	2	18,2
Prevenção de lesão por pressão	2	18,2	0	0,0	7	63,6	2	18,2

Observa-se que, de um total de onze participantes dois não responderam o questionário. Dos outros nove que responderam verificou-se que a maioria dos protocolos como cirurgia segura, a prática de HM, identificação do paciente, prevenção de quedas e segurança na prescrição são parcialmente adotados. A prevenção de lesão por pressão foi identificada com um protocolo não adotado na maternidade.

O quadro 1 apresenta as dificuldades e facilidades na prática profissional para implementação dos protocolos de segurança do paciente. Verifica-se que, dentre as principais dificuldades relatadas pelos participantes deste estudo foi a carência de recursos humanos e como facilidades se destaca a política de humanização na unidade.

Quadro 1- Principais dificuldades e facilidades verificadas na prática profissional, para implementação dos protocolos de segurança do paciente, segundo enfermeiros e médicos. Goiânia, Goiás, 2016.

Dificuldades	Carência de recursos humanos Pouco interesse e adesão da equipe multidisciplinar Falta de recursos financeiros Desconhecimento de alguns protocolos Inexistência de ações de educação permanente
Facilidades	Disponibilidade de insumos Boa relação interdisciplinar Política de humanização na unidade Serviço de baixo risco

Observou-se que, a principal dificuldade está na falta seja de recursos humanos ou até mesmo de recursos financeiros.

Nas tabelas 4, 5 e 6 as respostas foram ditas em nome de terceiros. A tabela 4 apresenta as atividades que acreditam que os demais profissionais de sua categoria realizam para segurança do paciente na maternidade nos setores de triagem e admissão.

Tabela 4 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, a serem realizadas na triagem e admissão da parturiente, segundo os participantes do estudo (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	SIM		NÃO		NÃO SABE	
	n	%	n	%	n	%
Triagem						
Exame no momento da admissão	7	63,6	4	36,4	0	0,0
Admissão						
Identificação da gestante	9	81,8	2	18,2	0	0,0
Comunicado a gestante sobre a livre escolha de acompanhante	9	81,8	1	9,1	1	9,1
Boa comunicação entre a equipe multidisciplinar	7	63,6	4	36,4	0	0,0

Observa-se que, a maioria dos profissionais na triagem realiza exame na grávida no momento da admissão para avaliar riscos. Na admissão se realiza identificação da gestante, comunica sobre a livre escolha do acompanhante a possui boa comunicação da equipe multidisciplinar.

Na tabela 5 apresenta atividades realizadas durante o trabalho de parto e nascimento que possui como variáveis durante o trabalho de parto, o parto natural e cirurgia cesariana.

Tabela 5 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, realizadas durante o trabalho de parto, parto natural e cesariana, segundo enfermeiros e médicos (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	SIM		NÃO		NÃO SABE	
	n	%	n	%	n	%
Durante trabalho de parto						
Liberdade para deambulação	11	100	0	0,0	0	0,0
Obrigatório manter jejum até o nascimento	0	0,0	11	100	0	0,0
Orienta métodos não farmacológicos para alívio da dor	11	100	0	0,0	0	0,0
Boa comunicação entre a equipe multidisciplinar	10	90,9	1	9,1	0	0,0
Higienização das mãos	8	72,7	1	9,1	2	18,2
Os quartos dispõem de pia/sabão e/ou álcool gel	6	54,5	5	45,5	0	0,0
Em caso de toxemia é disponibilizado sulfato de magnésio	11	100	0	0,0	0	0,0
Gluconato de cálcio	11	100	0	0,0	0	0,0
Padrão para fazer uso de medicamentos de alto risco	8	72,7	3	27,3	0	0,0
Durante o parto natural						
Acompanhante	11	100	0	0,0	0	0,0
Adoção de posição verticalizada	11	100	0	0,0	0	0,0
Identificação da parturiente	9	81,8	2	18,2	0	0,0
Intervenção para acelerar o nascimento	8	72,7	3	27,3	0	0,0
Boa comunicação entre a equipe multidisciplinar	10	90,9	1	9,1	0	0,0
Cirurgia cesariana						
Acompanhante	8	72,7	3	27,3	0	0,0
Verifica a indicação da intervenção	10	90,9	1	9,1	0	0,0
Esvaziamento vesical	8	72,7	2	18,2	1	9,1
Identificação da mulher	10	90,9	1	9,1	0	0,0
Utiliza métodos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico	11	100	0	0,0	0	0,0
Boa comunicação entre a equipe multidisciplinar	11	100	0	0,0	0	0,0

Durante o trabalho de parto é estimulado a deambulação na parturiente, utiliza métodos não farmacológicos para alívio da dor, possui boa comunicação entre a equipe, realizam HM corretamente, fazem uso de sulfato de magnésio e gluconato de cálcio em caso de toxemia, se utilizada padrão para uso de medicamentos de alto risco e não possui necessidade de manter jejum até o nascimento.

Verifica-se também que durante o parto natural permite acompanhante, posição verticalizada, realiza identificação da parturiente, intervenção para acelerar o nascimento e a boa comunicação entre a equipe. Na cirurgia cesariana permite acompanhante verifica a indicação da intervenção, confirma esvaziamento vesical, verifica identificação da parturiente, utiliza métodos para minimizar o risco de infecção e também a boa comunicação entre a equipe.

A tabela 6 apresenta atividades realizadas após o parto e a qualquer momento na maternidade.

Tabela 6 - Distribuição de atividades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para segurança do paciente, realizadas a qualquer momento ou após o parto, segundo os participantes do estudo (n=11). Goiânia, Goiás, 2016.

Variáveis	SIM		NÃO		NÃO SABE	
	n	%	n	%	n	%
Qualquer momento						
Notifica eventos adversos	10	90,9	0	0,0	1	9,1
Uso dos protocolos de segurança do paciente	4	36,4	5	45,5	2	18,1
Participa de educação permanente	7	63,6	4	36,4	0	0,0
Após o parto (1 hora)						
Verifica o estado da puérpera	9	81,8	2	18,2	0	0,0
Verifica o estado do recém-nascido	9	81,8	1	9,1	1	9,1

A qualquer momento se realiza notificação de evento adverso e a equipe participa de educação permanente, mas uma parcela da equipe não faz uso de protocolos de segurança do paciente. Após o parto verifica o estado da puérpera e do recém-nascido.

Os resultados da análise lexical das onze entrevistas mostraram que as falas dos profissionais se organizaram, conforme demonstra o dendograma (Figura 1).



Figura 1 – Dendograma da Representação Social de enfermeiros e médicos acerca da segurança da mulher na atenção ao parto e nascimento. Goiânia, Goiás, 2016.

O dendograma demonstra que o software ALCESTE, a partir do conteúdo total dividiu o material discursivo em dois eixos. Integram o primeiro as Classes 1, 3 e 4, considerando o percentual decrescente de contribuição de cada uma delas no Eixo, respectivamente 25,4%, 24,9% e 16,8%. O segundo Eixo é formado pela Classe 2, correspondente a 33% do material discursivo, portanto o equivalente ao maior enfoque obtido, individualmente. Verifica-se que a Classe 2 possui conexão com o conjunto das outras três Classes, e estas individualmente apresentam-se interligadas, especificamente as Classes 1 e 3 com a Classe 4.

Considerando as palavras e/ou as formas reduzidas que as compõem, foi possível nomear os Eixos e as Classes. O Eixo 1 foi identificado como (in)Segurança, composto pela Classe 1, Direitos, Classe 3, Cotidiano e Classe 4

Protocolos. O Eixo 2 foi denominado Riscos, formado pela Classe 2, nomeada por Atenção e Cuidados.

Na classe 2 foram selecionadas 65 palavras, sendo que as principais foram risco, saúde, equipamento, baixo, estrutura, maternidade, sangue e infecção. Nesta Classe o enfoque principal são os riscos e os cuidados preventivos ao desencadeamento dos mesmos.

Inicialmente, a expressão risco faz referência ao fato de que todo estabelecimento de saúde, naturalmente possui vários riscos:

*Acho que todo mundo tem **risco** em um ambiente hospitalar (E 2).*

*Em todo lugar possui **riscos** [...] em maternidade não é esperado, mas pode acontecer como em qualquer outro lugar (E 4).*

*[...] toda equipe, sempre, todo serviço tem os **riscos** (E 7).*

*Eu sou médica, a gente vê **risco** na saúde em todos os lugares (M 8).*

***Risco** existe em qualquer situação que você possa colocar (M 10).*

A seguir, risco aparece também relacionado ao ambiente obstétrico, especificamente:

*Na maternidade há **riscos** à **saúde** da parturiente, não tem [banco de] **sangue**, não tem Unidade de Terapia Intensiva [...] sendo que os principais **riscos** é hemorragia (M 1).*

*[...] para evitar esses **riscos** a equipe tem que estar atenta, vê se a paciente está consciente, se consegue tomar banho, se não ela volta para a cama e deixa para tomar banho mais tarde [...] agente evita esses **riscos** de queda [...] também tem o **risco** de pegar **infecção** por estar em um ambiente hospitalar (E 2).*

*[...] o pré-natal mal feito é o pior **risco** à **saúde**, ela já vem com um risco para nós (M 8).*

*[...] tem o risco inerente à própria gravidez, **risco** de complicações, **riscos** de intercorrência, **riscos** de hemorragia e **risco** de **infecção** (M 10).*

Tem destaque a condição da maternidade estudada, teoricamente, atender parturientes com classificação de baixo risco:

*[...] a estrutura da **maternidade** em si é de **baixo risco**, mas que deveria ser mais bem estruturado (M 1).*

A maior frequência de eventos adversos aqui na **maternidade** é o nascimento prematuro, porque aqui é uma **maternidade de baixo risco**, a gente não tem UTI neonatal (M 8).

No meu plantão chegou uma paciente com descolamento de placenta, aí não tem vaga na UTI, quer dizer não tem vaga fora daqui, então você fica com uma paciente grave na **maternidade** teoricamente de **baixo risco** (M 10).

A **maternidade** é de **baixo risco**, mas chega paciente de alto risco, falta equipamento para maternidade, nunca é **baixo risco** (M 11).

A localização da instituição, muitas vezes confundida como estrutura física, é apontada como fator que pode interferir em algum momento:

[...] a distância é uma dificuldade, como aqui é longe deveria ser bem **estruturado**, tem certas complicações que oferece **risco** a paciente (M 1).

É uma dificuldade encaminhar o bebê prematuro, ele fica aqui correndo **risco** de vida, mesmo a gente não tendo uma **estrutura** adequada (M 8).

É complicado, quando tem uma situação de **risco**, porque não tem a **estrutura** para oferecer a essa paciente (M 10).

A maternidade é de baixo **risco**, mas a **estrutura** física foi construída em local muito longe e pode ter intercorrências! (M 11).

Há referência de equipamentos como fator de risco:

[...] às vezes pela estrutura que não oferece tudo com segurança, **equipamento** sucateado, esses são alguns **riscos** que eu vejo (E 7).

[...] possui **risco** de **equipamentos** da sala de parto, o pé da cama de parto quebrou com a paciente em cima. É um **risco** para parturiente, falta de segurança (E 9).

[...] dentro do estabelecimento eu acho que cuidados com materiais, cuidados com higienização, cuidados com **equipamentos**, esterilização, tudo isso vai estar protegendo dos **riscos** (M 10).

Os **riscos** que se destacam é a falta de **equipamento** médico, **equipamento** adequado, como respirador para o berçário, deveria ter mais **equipamentos** para atender o paciente até conseguir vaga em uma UTI. Deveria ter mais segurança principalmente por parte de **equipamentos** (M 11).

Na classe 1 foram selecionadas 50 palavras, sendo as principais orientar, acompanhante, mãe, bebê, colocar, cama e berço. A classe destaca aspectos importantes a serem observados no âmbito da maternidade, na maioria dos casos.

Referente ao termo orientar, estes aparecem em duas situações distintas. A primeira delas com destaque para ação preventiva adotada junto as puérperas:

*[...] ao **orientar**, a gente fala olha, não pode sair, mas pode andar no estacionamento, mas cuidado, que tem degrau, tem paralelepípedo quebrado, se está molhado em volta da cama a gente procura chamar o pessoal da limpeza, pra limpar o mais rápido possível, às vezes elas estão ocupadas, a gente tem acesso pra colocar a plaquinha, se estão em horário de almoço, horário que elas não podem vir no momento que a gente chama, e assim, é **orientar** no banheiro (E 4)*

*[...] a gente trabalha muito queda no pós-parto, tem muito geralmente se a gente não trabalhar **orientar** direitinho no quarto período quando o paciente chega no posto. Então é uma coisa que a gente tem que ficar bem atento, porque vira e mexe acontece. Sangra muito no parto, se a gente não tiver assim, as meninas bem orientadas, que são as técnicas, que vão lá pra levantar a paciente, pra **orientar** o primeiro banho, geralmente é comum a queda (E 7).*

A outra referência é quanto ao papel da OMS:

*O que eu acredito, é que a OMS unifica o pensamento mundial afim de **orientar** os outros órgãos menores para poder **orientar** os profissionais, **orientar** a população, à seguir os protocolos, a realização dos protocolos. Eu acredito as vezes que aqui e mais difícil até mesmo de transformar o pensamento do paciente do que em outros lugares, mas é um pensamento unificado mesmo, eu acredito que esse seja o papel da OMS (E 8).*

A emissão da palavra acompanhante está associada a diferentes enfoques, todos eles no sentido de manifestação do direito da parturiente e do bebê:

*Em relação à segurança a **mãe** tem direito ao **acompanhante** [...] isso facilita para ajudar a olhar o **bebê** e não ter perigo dele sumir (E 5).*

*[...] o **acompanhante** poder acompanhar o parto, e assistir tudo que a gente [equipe] faz em relação ao **bebê** [...] eles entram, eles veem, a gente explica o que está fazendo, acho que isso já é uma segurança para a **mãe** (M 8).*

*[...] a pulseirinha tem que **colocar** na presença do **acompanhante** e é só no **bebê**, então o kit daqui não é aquela de numeração, que tem o mesmo número da **mãe** e o mesmo número do **bebê**. [...] o fato de aqui ter **acompanhante** durante todo o processo de trabalho de parto, puerpério, então a chance de ocorrer agravo de troca de **bebê**, não existe, porque em momento nenhum o **acompanhante** sai de perto do **bebê** (E 4).*

A preocupação constante dos profissionais para com binômio mãe-bebê é demonstrada nas falas seguintes:

*Em relação a segurança do paciente tem as questões de ter o **berço** para o **bebê** não ficar na **cama** junto com a **mãe**, evita o perigo da **mãe** rolar sobre o **bebê** (E 5).*

*[...] para prevenir o risco de queda todos os **bebês** têm um **berço** individualizado e recomenda-se as **mães** não dormirem com os **bebês** na **cama** (M 6).*

*[...] aqui identificamos só o **bebê** [...] é seguro por parte da equipe, a gente ter os **bebês** identificados (E 7).*

*[...] as **mães** têm o hábito de dormir com o **bebê** e isso dá muito trabalho, porque ficamos insistindo para ela **colocar** o **bebê** no **berço** de cinco em cinco minutos até ela desistir desse hábito que ela tem. A gente fala para ela que a **cama** não é o lugar do **bebê**, que o **bebê** tem o lugar dele que é o **berço**, que os acidentes podem ocorrer. Quanto a identificação, todos os **bebês** saem com pulseirinha [...] tem uma pulseirinha pequena para o **bebê** e a grande para as **mães**, mas elas não usam fica só a do **bebê** (M 8).*

*Uso de identificação de pulseiras para o **bebê** a gente não tinha, às vezes tumultuava o berçário e corria o risco de trocar o **bebê**, mas isso já foi solucionado, mas sempre tem risco, a gente tem que ficar muito atento (E 9).*

Na classe 3 foram selecionadas 49 palavras, sendo que as principais foram tempo, limpeza, dia, úlcera, meio, acamado, pressão e pessoal. Essa classe aborda sobre temas relacionados ao cotidiano dos profissionais na atuação destes na maternidade. A palavra tempo aparece em contextos diferentes, mas todos eles relativos a dificuldade encontrada pelo profissional para realizar todas as suas atribuições em cada turno de trabalho. É enfocada a impossibilidade de presença constante:

*[...] tem suas dificuldades, a equipe é muito grande, mais de 90 técnicos, enfermeiro eu tenho 18 e a maior dificuldade que eu encontro é de não estar aqui o **tempo** todo (E 3).*

Também, o tempo que se gasta para solucionar alguma intercorrência é destacado:

*[...] então assim, aqui é muito longe, se precisar de banco de sangue a gente tem que ir no hemocentro, então se perde muito **tempo** (E 4).*

Outro aspecto atribuído ao tempo se relacionada na verdade ao acúmulo de atribuições:

*Eu só acho que a gente é na maioria das vezes muito sobrecarregado [...] as dificuldades seriam o **tempo** [...] é muita coisa para gente supervisionar sozinho. Às vezes fica só um enfermeiro responsável por todas as unidades da maternidade (E 7).*

A dificuldade encontrada para executar todas as atividades pertinentes ao profissional é atribuída ao tempo que necessita ser distribuído:

*[...] então tem que estar em alerta a tudo, por isso que o **tempo** inteiro eu estou correndo, eu não paro, [...] não tem como eu estar nos dez apartamentos ao mesmo **tempo** [...] a maior dificuldade que encontro é de fazer supervisão e assistência ao mesmo **tempo**, aí uma sempre fica a desejar (E 9).*

Outro contexto em que tempo aparece, se relaciona a mobilização da equipe quanto a segurança do paciente:

*Na verdade, assim, eu não sei na teoria, o que vem a ser para gente direitinho, a gente vê que existe aí há pouco **tempo** agora o pessoal vem fazendo reuniões, para formar uma comissão em relação à segurança do paciente (E 7).*

Os signos limpeza, meio e pessoal destacados nessa classe, aparecem relacionados quando do enfoque do mesmo assunto em vários discursos:

*[...] eu vivo reclamando aqui porque o **pessoal** da **limpeza** limpa o corredor, não divide o corredor ao **meio**, tem até a plaquinha dizendo cuidado com queda (M 6).*

*[...] quedas às vezes a gente vê de funcionário, **pessoal** da **limpeza** tem aquela questão de limpar os corredores, limpar tudo ao mesmo tempo, joga sabão em tudo, aí vira e mexe tem gente, funcionário caindo [...] o que é o correto, vamos dividir ao **meio**, limpa de um lado do corredor, depois do outro lado, mas não existe isso (E 7).*

*A equipe aqui [limpeza] é muito despreparada em todas as áreas, o **pessoal** da **limpeza** não divide o corredor ao **meio** para fazer a higienização, jogam água em tudo (E 9).*

As palavras dia, úlcera, acamado e pressão são referidas para refutar condição verificada na rotina da clínica obstétrica:

*Em relação a prevenção de **úlcera** por **pressão**, não existe, pois o nosso paciente fica aqui três **dias**, no máximo até dez quando a caso de sífilis (E 3).*

*[...] aqui é de risco habitual a gente não tem admissões de longas datas por um período longo. A paciente gestante que fica em um tratamento clínico ela é uma paciente que deambula, elas não ficam contidas no leito [...] então, assim, dificilmente aqui vai ter **úlceras** por **pressão** (E 4).*

*Aqui não tem casos de **úlceras** por **pressão**, porque não tem paciente **acamado**, geralmente ficam dois no máximo três **dias** (E 5).*

*[...] por ser maternidade, nunca tivemos nenhum caso aqui de **úlceras** por **pressão** (M 6)*

*A gente não tem muito problema, porque não tem paciente **acamado**, então não vejo **úlceras** por **pressão** aqui, nunca vi (E 7).*

*Aqui a gente não tem **úlceras** por **pressão**, porque as pacientes todas deambulam. Estão em movimentação sempre, o máximo que as pessoas ficam **acamadas** são 6 horas, que é pós cesárea. Nenhuma fica o **dia** inteiro deitada (E 9).*

*Não tem **úlceras** por **pressão**, pois não tem paciente **acamado**, tem muita rotatividade (M 11).*

Na classe 4 foram selecionadas 33 palavras, sendo as principais, medicamento, administração, protocolo, controle, prescrição, recomendado, antibiótico e segurança. Essa classe é abordada o conhecimento ou não dos protocolos de segurança do paciente:

*Aqui existe **protocolos** de **segurança** do paciente **recomendados** pela ANVISA, aquele negócio de infecção hospitalar, também tem carrinho de parada, anestesista de plantão o tempo todo, equipe qualificada, a equipe prepara o paciente, é realizada a lavagem das mãos, essas coisas todas! (M 1).*

*Sobre os **protocolos** de **segurança** do paciente não me lembro, eu sei que tem [...] aqui na maternidade não tem nada sobre isso ainda, mas está fazendo os **protocolos** (E 2).*

***Protocolos** de **segurança** do paciente **recomendados** pela ANVISA temos os POP, rotinas, de risco até então não fizemos (E 3).*

*Dos **protocolos** de **segurança** do paciente **recomendados** pela ANVISA eu não vou falar porque eu não li, não sei quais são preconizados (E 4).*

*Os **protocolos** de **segurança** do paciente ainda estão em processo de elaboração. [...] como esse núcleo foi criado recentemente, acho que estão criando os **protocolos** ainda, não tem assim, **protocolo** específico não. Acho que de transporte de paciente, de recém-nascido, questão de higienização e limpeza, e questão de medicamentos tem sim (E 5).*

*[...] **protocolo** oficial mesmo a maternidade não tem [...] apesar de a maternidade ter 15 anos, agora que estão discutindo sobre os **protocolos** (M 6).*

*Desconheço qualquer **protocolo** de **segurança** do paciente **recomendado** pela ANVISA (E 7).*

*Acho que tudo que a ANVISA propôs a maternidade vem fazendo, a gente é hospital amigo da criança, então assim, todos os **protocolos** de parto humanizado a gente têm realizado (M 8).*

*Aqui não tem **protocolo** de **segurança** do paciente de forma nenhuma, a gente faz o que é do nosso conhecimento mesmo de unidade (E 9).*

*[...] estão fazendo os **protocolos**, e nesses **protocolos** você estabelece uma rotina única para cada situação [...] eu desconheço quais são esses **protocolos** (M 10).*

*[...] cada um deve fazer a sua parte, o problema é quando não faz, não existe **protocolos** [...] eu não sei quais são os **protocolos** de **segurança** do paciente (M 11).*

No que se refere ao uso de medicamento, nas narrativas verifica-se a associação dos termos administração, controle, prescrição e antibiótico como se pode verificar nos trechos a seguir:

*Sobre o **controle** da **administração** de **medicamentos** agente adota sim, verifica paciente, dose, quantidade, horário (E 2).*

*Tem que sempre checar a **prescrição**, os horários, apazar e sempre conferir se é aquele **medicamento** mesmo, confirmar o nome da paciente [...] para não ter perigo de cometer erros (E 5).*

*Existe **controle** de **medicamentos**, a gente faz uma segunda via para tudo, vai para a farmácia, os **antibióticos** agente passa para CCIH tudo corretamente (M 8).*

*No **controle** de **antibiótico** você tem sempre que fazer em duas vias, tem que solicitar, explicar o motivo de estar usando, ou de psicotrópicos, agora outros tipos de **medicamentos** não (M 6).*

*[...] deve ter um **controle**, porque é exigido que todo **medicamento** que se faça tenha **prescrição** em duas vias. Provavelmente, isso já faz parte de uma proteção. Em relação a **antibióticos** e **medicamentos** de **controle** especial, aqui é bastante burocrático nesse aspecto, não se pega medicação se você não fizer todos os procedimentos devidos (M 10).*

*Sobre a prevenção na **prescrição**, uso e **administração** de **medicamentos** eu tenho certeza que é realizada a checagem no prontuário (M 11)*

6 DISCUSSÃO

No geral, os resultados relativos aos aspectos socioculturais são compatíveis com outros estudos (COSTA et al., 2013; IBGE, 2015; FERIGOLLO; FEDOSSE; SANTOS FILHA, 2016). É importante destacar que a grande maioria dos profissionais é do sexo feminino, o que possivelmente pode ser explicado pelo componente histórico da feminização do cuidado, especialmente no âmbito obstétrico (ESSER; MAMEDE, 2012). Neste estudo constatou, assim como os achados de estudos semelhantes, o predomínio de profissionais da cor parda, casados, católicos e que possuem filhos, (IBGE, 2010; PAZ; FENSTERSEIFER, 2011; VEGIAN; MONTEIRO, 2011, PADILHA; GASPARETTO; BRAZ, 2015).

É relevante destacar que também a maioria dos profissionais possui estudos em nível de pós-graduação, o que reflete, potencialmente, no fazer profissional cotidiano, conseqüentemente no oferecimento de assistência com maior qualidade (MACHADO et al., 2016). Quanto ao conhecimento sobre o cotidiano da maternidade, pode-se dizer que os participantes são detentores do mesmo, uma vez que o tempo de atuação na unidade, por parte de todos, é superior a dois anos. Esse período de vivência da dinâmica de trabalho de uma unidade provavelmente da condição do mesmo de adaptar a rotina de serviço (GONÇALVES et al., 2016).

Quanto a adoção dos protocolos de segurança do paciente na maternidade estudada, os participantes não percebem de modo unânime. A maior coincidência é relativa à não adoção do protocolo de prevenção de lesão por pressão, certamente porque na unidade obstétrica não se verifica a permanência da mulher no leito por longo período de tempo, pois a deambulação deve ser estimulada, conforme evidências científicas atuais (QUADROS; REIS; COLOMÉ, 2016). A maior divergência verificada se refere ao protocolo de prevenção de quedas, EA com mais ocorrência no período puerperal. Distúrbio do equilíbrio devido a perdas sanguíneas durante o parto e o uso de medicamentos anestésicos são as principais causas de queda verificada na maternidade (ANVISA, 2016; ARUT; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

A análise comparativa das respostas obtidas sobre a adoção dos protocolos na maternidade permite dizer que os participantes desconhecem sobre este assunto. Tal assertiva decorre do fato de que no momento de discorrer sobre a temática enfermeiros e médicos não souberam abordar durante a entrevista sobre os

protocolos da ANVISA de forma específica, mas com a utilização de instrumento aplicado posteriormente contendo os títulos de cada um dos seis protocolos, os mesmos registraram acerca da adoção de cada um deles.

Na última década, a temática tem sido difundida por órgãos nacionais e internacionais, conseqüentemente com significativo aumento de publicações com tal enfoque (SILVA et al., 2016). No Brasil, apesar disso, poucas instituições implementaram os protocolos em suas unidades e existe grande dificuldade por parte dos profissionais em instituí-los em sua rotina (SERRA; BARBIEN; CHEADE, 2016), sendo necessárias ainda a avaliação e divulgação da sua efetividade no País (PEIXOTO; PEREIRA; SILVA, 2016).

Neste estudo, foram atribuídas pelos participantes dificuldades e facilidades na prática profissional relacionado à implementação dos protocolos de segurança do paciente. No geral, neste quesito, verifica-se a existência de alguma contradição, contudo, há itens apontados que se assemelham com o estudo recente de Serra, Barbien, Cheade (2016). Acerca disso, ressalta-se que pode sugerir, por um lado inconsistência do dado e, por outro, a necessidade da implementação de ações voltadas a educação permanente. No que se refere a incoerência, pode-se atribuir ao pouco conhecimento dos participantes acerca dos protocolos da ANVISA em referência ou mesmo a falta de comprometimento para com a temática e com a pesquisa (SILVA et al., 2014).

Quanto aos programas de capacitação e aperfeiçoamento profissional, considera-se como o melhor método para mudança de cultura e envolvimento da equipe nas ações cotidianas. Entretanto, ainda são escassos nas instituições de saúde e são alvo de queixas dos próprios funcionários. Nesse caso específico, reflete no desconhecimento e descumprimento de alguns protocolos por parte de integrantes da equipe o que é referido por outros autores (REIS, 2014; ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

Acerca de atividades realizadas em diversos setores na maternidade com vistas a segurança da parturiente e adoção das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, conforme preconizados pela OMS, muitos são atendidos. Na triagem, há avaliação de risco da grávida segundo a maioria dos participantes do estudo, o que ocorre também na admissão para itens dos setores questionados. A parturiente deve ser examinada para detectar e tratar complicações presentes, assim como devidamente identificada e orientada. Em caso de complicações ou que tenha risco

de desencadeamento, o profissional de saúde deve, imediatamente, encaminhá-la para estabelecimento de maior complexidade, garantindo transferência segura e esclarecimentos dos motivos desta para a parturiente (OMS, 2015).

Na maternidade, existe adoção de itens de boas práticas durante o trabalho de parto, conforme apontado pela totalidade dos participantes. Tem destaque a liberdade para deambulação, prática muito útil que deve ser estimulada, pois diminui a duração do primeiro estágio do trabalho de parto (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011). De igual modo aparece a orientação quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Medidas devem ser tomadas para aumentar o conforto materno, como manter um ambiente acolhedor, friccionar as costas, segurar suas mãos, explicar sobre a evolução do parto, estimular a imersão em água, transmitir calma, segurança, e reduzem os níveis de dor materna (DIAS et al., 2016; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Aparece também de modo unânime para os integrantes do grupo, a não obrigatoriedade do jejum pela parturiente durante o trabalho de parto. A adoção da oferta de alimentos leves e líquidos por via oral não interfere no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, mas sim repõe as fontes de energia perdidas pelo processo parturitivo. A adoção de dietas brandas é apoiada pela OMS que afirma garantir bem-estar a mulher (WEI et al., 2011).

Quanto ao uso de medicação no setor, mais da metade dos profissionais relata que ocorre de modo seletivo. Especificamente quanto a disponibilidade de sulfato de magnésio e gluconato de cálcio há unanimidade entre os participantes. Estes medicamentos são utilizados em caso de complicação da gestante, especificamente pré-eclampsia na forma grave com devido acompanhamento da equipe de saúde (OMS, 2015).

Importante ressaltar que atos simples como a HM não é uma unanimidade entre os entrevistados. Realizar a HM observando os cinco momentos preconizados tem relevância indiscutível para a segurança das parturientes, mas não aparece como praticado pelo conjunto dos participantes. A omissão do ato de HM pode comprometer a assistência ao paciente e provocar infecções. Considera-se que essa prática profissional seja um reflexo da existência de condições estruturais para realiza-la, assim como do permanente processo de ensino e aprendizagem (BOTENE; PEDRO, 2014).

Durante o parto natural, assim como no trabalho de parto itens que caracterizam boas práticas obstétricas na atenção a parturiente são verificados como sendo adotados. A adoção da posição verticalizada é um importante fator para a ocorrência do parto natural, visto ser considerada a mais benéfica devido às vantagens fisiológicas (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011). Relativo a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, isso é capaz de tornar o momento menos estressante e diminuir complicações (PEREIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2015)

No momento da cirurgia cesariana tem destaque a unanimidade quanto a utilização de métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico. Em toda cirurgia existe o risco de infecção no sítio cirúrgico, entretanto na medida em que são adotadas as práticas seguras no procedimento, de fato há prevenção quanto a sua ocorrência (BASTOS et al., 2016).

No conjunto dos itens indicados como necessário em todos os ambientes, boa comunicação entre a equipe e identificação da parturiente são apontados como presentes na rotina dos participantes do estudo. A existência da comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar possibilita maior confiança nas informações (CARRERA; AGUIAR, 2014). O trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e tomada de decisões. Para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um dos seus colegas. Além disso, proporciona aos profissionais melhora da autoestima, bem-estar psicológico e apoio social (NOQUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A assistência para ser eficaz depende da boa comunicação entre a equipe multidisciplinar. A falta de comunicação entre os membros da equipe principalmente de enfermagem e médica, é um grande fator de risco para a ocorrência de EA (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Quanto à identificação do paciente, verificou-se que esta é realizada na admissão da parturiente, durante o parto natural ou cirurgia cesariana. Estudos na área obstetra confirmaram que a identificação da mulher é a primeira meta internacional de segurança e deve ser checado pela equipe de saúde assim que é admitida na unidade (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

Acerca dos EA, estes podem ocorrer durante qualquer momento da assistência em saúde, inclusive no processo de parto e nascimento. Neste estudo, a

grande maioria dos profissionais refere notificar quando da ocorrência de um EA. A concepção do erro como algo coletivo pode demonstrar um avanço na cultura de segurança, além de evitar a sua recorrência (WEGNER, 2016).

No âmbito da segurança do paciente, uma forma de reduzir a ocorrência de EA é o uso de protocolos. Sua implementação visa ampliar a qualidade da assistência prestada, o conhecimento sobre os riscos e incidentes que ocorrem nas instituições brasileiras, direcionar o planejamento de ações dos gestores de saúde, além de reduzir custos com falhas e tempo extra de internações (PEIXOTO; PEREIRA; SILVA, 2016).

Quanto ao uso de protocolos de segurança do paciente a qualquer momento do atendimento, no caso obstétrico, é uma recomendação internacional. Apesar disso, menos da metade dos profissionais entrevistados utiliza protocolos com essa finalidade. As respostas negativas, a maior parte do grupo, sugere de algum modo desconhecimento dos protocolos, condição revelada em nome de terceiro. Dizer em primeira pessoa quanto ao não uso dos protocolos é, em última instância, admitir a própria conduta frente ao objeto estudado. Dito de outro modo, reflete um mecanismo de defesa do profissional para não se auto condenar (ABRIC, 2005).

Logo após o parto, no período de uma hora, a grande maioria dos participantes acredita que os colegas verificam o estado da puérpera e também do RN. Preocupa o fato dos poucos que relataram ausência desse cuidado por parte de integrantes da equipe de sua categoria profissional. Detectar e tratar precocemente complicações nessa fase é de extrema relevância para a saúde de ambos, mãe e bebê (OMS, 2015).

As RS de enfermeiros e médicos acerca da segurança da mulher no atendimento ao parto e nascimento, reveladas a partir do dendograma permitem dizer da relativa superficialidade frente a complexidade implicada ao tema. Inicialmente, verifica-se que há polarização em dois extremos, um relacionado a uma suposta segurança e o outro aos riscos decorrentes do atendimento em saúde no âmbito obstétrico.

Das quatro classes existentes no dendograma, três delas estão presentes no eixo (in)segurança. A análise do conjunto lexical contido em cada um deles revela condições e características do atendimento em saúde, que em grande medida comprometem a qualificação do cuidado. Assim, a insegurança na atenção ao parto

e nascimento implica na existência de riscos, estes relacionados na classe mais representativa, contida no eixo riscos.

A classe 2, maior contribuição textual verificada, aborda os riscos mais recorrentes na atenção e cuidados a parturiente. Acerca do signo risco, que significa possibilidade, eventualidade, suscetibilidade ou sujeição, no âmbito da saúde sempre é passível sua detecção em diferentes setores envolvidos, como por exemplo, riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, além dos riscos que envolvem acidentes (SANTOS; SCHOSSLER, 2013). Assim, é real a existência de algum percentual de risco em qualquer circunstância que envolva a área da saúde. Sendo a área obstétrica um dos setores da saúde, os riscos também existem. Complicações podem ocorrer ao longo do processo parturitivo, os quais podem ser minimizados até evitados com cuidados apropriados (LEAL et al., 2014). Quanto a isso especificamente no grupo, há referência ao agravo infecção.

Risco é também atribuído à possibilidade de queda da puérpera, EA comumente verificado no âmbito obstétrico, este referenciado pelos participantes do estudo. Puérperas que tenham tido trabalho de parto prolongado mantidas em decúbito dorsal, longo período em jejum ou perda sanguínea em maior proporção podem apresentar a intercorrência nos primeiros minutos após assumir a posição ortostática (SANTOS et al. 2013).

Ainda sobre risco, é importante considerar a Teoria Homeostase do Risco. Segundo Wilde (2015), cada um tem o seu próprio nível de risco considerado aceitável, conforme a sua percepção de maior ou menor habilidade para enfrentamento daquilo que é percebido como risco. No que se refere especificamente ao risco percebido no âmbito da maternidade campo da pesquisa, apesar da sua classificação para recebimento de casos de baixo risco obstétrico, os profissionais avaliam a sua existência de forma potencial.

A percepção de risco apresentada pelo grupo pode ser considerada sob aspectos diferentes. Por um lado, como positiva, porque demonstra que mesmo cotidiana, a atividade se mantém como potencialmente desafiadora para o grupo, o que em outras palavras pode significar ausência de acomodação frente ao acompanhamento de um trabalho de parto. Assim sendo, pode-se afirmar que entre os profissionais há pleno entendimento quanto a necessidade de se manter alerta durante todo o período de cuidados prestados à parturiente para detecção precoce de riscos ou EA para minimizar prejuízo materno, fetal ou neonatal em razão dos

mesmos (TRAZERZIM; NOVARETTI, 2014). Diferentemente, o risco é também percebido como decorrente da condição oferecida pela instituição, ou seja, relacionados aos aspectos negativos existentes no trabalho.

A estrutura hospitalar aparece como panorama com grandes inadequações que podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento. Este fato pode aumentar a ocorrência de desfechos desfavoráveis para mulheres e RN expostos a riscos evitáveis, portanto desnecessários (SILVA et al., 2015). O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada (BRASIL, 2008).

A maternidade mesmo sendo de baixo risco deve se atentar e estar preparada para as emergências que todo serviço obstétrico está predisposto. O parto pode apresentar algumas complicações, como quedas, transfusões de sangue, lesão e que podem desencadear EA como hemorragia pós-parto, eclampsia, infecções puerperais, ruptura uterina, lacerações de períneo e até mesmo a morte materna. As instituições devem ter quantidade de recursos humanos adequado, equipamentos e processos de trabalho bem estabelecidos. O acesso tempestivo a serviços obstétricos bem estruturados é essencial para garantir o parto e nascimento seguros (REIS, 2014; BRASIL, 2017b).

Manter a equipe atualizada também é uma forma de reduzir EA e promover segurança do paciente. Os trabalhadores devem estar familiarizados com inovações na sua área de conhecimento, esse um aspecto favorável para a promoção do cuidado. A educação permanente dos profissionais de saúde está prevista na Portaria nº 278/2014, em que ressalta a importância da aprendizagem dos trabalhadores na prática em seu cotidiano. A estratégia de ensino mais atual tem sido o uso da simulação realística, ou seja, a antecipação de cenários que replicam experiências da vida real (CARRERA; AGUIAR, 2014; BRASIL, 2014c; COSTA, 2014; COSTA et al., 2015; WEGNER, 2016).

Assim, como medida de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, o empregador deve assegurar capacitação aos mesmos, antes do início das atividades. Há previsão quanto a necessidade de comprovação por meio de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo

ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos (BRASIL, 2005).

Entretanto, em nenhum dos casos acima, risco em maior ou menor escala foi diretamente relacionado com a presença ou ausência de medidas que visam a segurança do paciente. Possivelmente, isso pode ser decorrente de relativa dificuldade dos profissionais pelo desconhecimento dos protocolos de segurança do paciente. A efetivação de estratégias para a sua adoção depende do conhecimento dos profissionais sobre os protocolos. As instituições enfrentam problemas para sua implantação ou implementação, principalmente pela falta de materiais e equipamentos para o seu cumprimento (SARTOR; SILVA; MASIERO, 2016). A adoção dos protocolos faz com que haja redução de gastos excessivos, diminuição de erros por parte da equipe, evita os eventos adversos além de garantir uma assistência sistematizada e práticas seguras no cuidado (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

A classe 1 aborda orientações sobre ações preventivas, bem como sobre os direitos da parturiente e do bebê. Acerca do significado de orientar, o mesmo que ensinar ou instruir, é papel de toda a equipe de saúde, em especial a realização de ações preventivas e promocionais desenvolvidas junto a gestantes (SANTOS et al., 2016). A palavra orientar também foi dita pelos participantes para destacar o papel da OMS com questões relativas à saúde global. O enfoque foi dado de modo amplo como sendo o organismo internacional o responsável por estabelecer acesso universal à saúde, definir a agenda de pesquisa em saúde, constituir normas e padrões, articular opções políticas baseadas em evidências, fornecer apoio técnico aos países e monitorar e avaliar as tendências de saúde (FERREIRA et al., 2014b). Especificamente relativo a proposta de ações que visam a segurança do paciente como desencadeadas pela OMS não há qualquer referência pelo grupo.

A presença de acompanhante ao longo do processo parturitivo é destacado como direito garantido por força de lei. Decorre das políticas públicas de saúde das mulheres com vistas a humanização do parto e nascimento (DIAS et al., 2016), por proporcionar bem-estar físico e emocional à mulher e favorecer uma boa evolução gravídico-puerperal, com diminuição da sensação dolorosa e diminuição do uso de ocitocina para acelerar o parto (SANTOS et al., 2015; PEREIRA et al., 2016).

A referência aos termos mãe, bebê, colocar e berço aparecem no mesmo contexto. O risco de queda, principalmente do RN, é uma das preocupações

detectadas pelos profissionais de saúde. O compartilhamento do leito é prática comum verificada entre as mães, apesar das orientações realizadas pela equipe de saúde para que não sejam adotadas, o que é verificado como necessário (TORINO et al., 2016).

Ainda relacionado aos vocábulos bebê e colocar, ambos são ditos também para destacar rotina realizada na maternidade. Trata-se de preocupação da equipe, porque é colocada a pulseira para identificação no RN, mas não na mãe. Este é um problema recorrente na instituição que se apresenta em desacordo com as normas internacionais de identificação do paciente (TASE et al., 2013; ANVISA, 2016).

A classe 3 aborda sobre dificuldades cotidianas do trabalho, dentre as quais o tempo aparece como a principal delas. Os profissionais relacionam a falta de tempo devido à associação entre grande demanda assistencial, acúmulo de funções e reduzido recursos humanos. Os profissionais sofrem grande pressão assistencial pelo excesso de trabalho. Estes se esforçam para aprimorar a assistência, o cuidado, melhorar os registros e implantar as normas e rotinas. A distribuição de tempo é um dos fatores que mais destacam entre as dificuldades de realizarem suas atribuições e assim a implantação de medida de segurança do paciente (SERRA; BARRIERI; CHEADE, 2016).

Há que se considerar que o número adequado de profissionais é uma prioridade para o cuidado seguro, sendo a provisão de recursos humanos uma responsabilidade institucional. O quantitativo insuficiente de profissionais para o excesso de tarefas pode desencadear EA. Estes eventos podem também estar relacionados a infecção advinda de negligência dos profissionais para HM durante os procedimentos, em razão da sobrecarga de trabalho, ou seja, déficit no cumprimento das normas e rotinas institucionais (DUARTE et al., 2015). Desta forma, é necessário haver um dimensionamento referente a adequação quantitativa de profissionais de saúde, o que possibilita a redução do risco aos pacientes (CARRERA; AGUIAR, 2014).

Outro aspecto relativo a tempo que se verifica, é aquele atribuído ao período em que se discute a temática segurança do paciente na instituição. Apesar do assunto ser prioritário na área da saúde, nacional e internacionalmente, há mais de quatro anos, não se constatou como sendo essa a realidade naquela maternidade. Estudos apontam a região sudeste do país como a mais desenvolvida no que concerne à valorização da temática. Decorrente disso, possui melhor infraestrutura,

corpo docente qualificado e recursos para o desenvolvimento de pesquisas. Neste sentido, os estados das demais regiões precisam avançar nas buscas e desenvolvimento de evidências científicas (DOMINGUES; CARVALHO; ZEM-MASCARENHAS, 2016).

Relativo aos signos limpeza, meio e pessoal, estes aparecem nos discursos que condenam a forma como acontece o serviço na unidade. Essa rotina é contrária ao recomendado segundo os participantes do estudo e está associado a grande risco de queda associado a limpeza inadequado dos corredores da maternidade. Ao realizar a limpeza dos corredores deve-se sempre sinalizar e deixar um lado livre para o trânsito seguro de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes (BRASIL, 2012b).

As palavras dia, úlcera, acamado e pressão também compõem a classe 3. Em pacientes obstétricos a ocorrência de lesão por pressão é muito rara e pode ser atribuído ao pouco tempo de internação da mulher e pela equipe estimular a deambulação da mesma antes e após o parto, o que é muito diferente quando se trata de pacientes internados em UTI. A maioria das notificações de *never events* constituiu em lesão por pressão em estágios avançados e os pacientes mais vulneráveis são os idosos e pacientes que ficam muito tempo internados (ANVISA, 2016).

A classe 4 aborda conteúdos para os quais existem protocolos de segurança do paciente recomendados pela ANVISA, contudo, sem mencionar a existência dos mesmos, seja individualmente ou todos eles. Tal verificação aponta para o provável desconhecimento de tais protocolos de modo sistematizado, contudo todos temas diretamente relacionados ao exercício profissional dos participantes, motivo pelo qual foram tratados, ainda que como o menor percentual enfocado em todo o discurso obtido.

Pelo exposto, sabe-se que para a redução de complicações em saúde, no caso referentes ao processo parturitivo, é importante a padronização de normais, rotinas e procedimentos adotados, e que sua aplicação prática contribui para prestar um melhor cuidado ao paciente, favorecendo e qualificando o trabalho da equipe de saúde (CRUZ et al., 2015). Especificamente, quanto ao protocolo de cirurgia segura pode-se dizer que o resultado obtido é compatível com estudo realizado junto a médicos, que demonstrou que os mesmos desconhecem totalmente ou de forma

parcial esse protocolo ou que não tiveram nenhum treinamento específico (MOTTA FILHO et al., 2013).

As instituições de saúde necessitam implantar o NSP conforme preconizado pela ANVISA. Além disso, é preciso auditorias clínicas para controlar e verificar se os protocolos de segurança do paciente estão efetivados, como forma de garantir qualidade no cuidado prestado. É necessário elaborar práticas seguras, assim como, estabelecer uma cultura de segurança para prevenir EA (LIMA, 2014). A comunicação insuficiente entre os membros da equipe principalmente de enfermagem e médica, é um grande fator de risco para a ocorrência de EA. A assistência para ser eficaz depende da boa comunicação entre a equipe multidisciplinar e principalmente da implementação de protocolos assistenciais (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Essa classe também faz referência aos termos medicamentos, administração, controle, prescrição e antibiótico que aparecem no mesmo contexto. Nos últimos anos, no Brasil, o uso de antibiótico passou a ter controle por órgãos de várias instâncias. Apesar disso, um dos problemas enfrentados nas instituições de saúde é o uso inadequado desse medicamento, mesmo que os profissionais relatem sua utilização correta. De acordo com Santana et al. (2014) possui falhas no processo de prescrição, falta de preenchimento de relatório de avaliação da CCIH com a não dispensação pela farmácia, falhas no processo de enfermagem com a omissão de administração de alguma dose, falhas também no abastecimento farmacêutico. Os erros de medicação comprometem a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

O processo de administração de medicamentos envolve a equipe multidisciplinar o que torna sua prática complexa, o que é abordado no protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013d). Essa prática durante todo o processo está susceptível a erros que podem gerar danos ao paciente e também para a própria equipe. Os erros podem se apresentar de diferentes formas, tais como prescrições incompletas, no preenchimento de requerimentos, identificação e dose erradas, além da falha de comunicação. É necessário que os profissionais reavaliem sua prática, que deem ênfase aos nove certos da medicação para que se tenha redução destes possíveis erros (SANTOS et al., 2014; BRASIL, 2013b; 2013d).

No conjunto, pode-se dizer que o resultado obtido destaca mais aspectos que oferecem perigo a mulher no atendimento obstétrico. As RS dos profissionais enfermeiros e médicos acerca da segurança da mulher na atenção ao parto e nascimento, apresentam-se relacionadas a elementos que fazem parte do cotidiano dos mesmos, com destaque para aqueles com grandes dificuldades por parte da equipe multidisciplinar e também da própria instituição em adotar os protocolos de segurança do paciente. Dito de outro modo, é possível afirmar que os profissionais possuem algum conhecimento sobre ações seguras que devem ser adotadas por ocasião do oferecimento do cuidado obstétrico, visando a segurança da mulher.

Entretanto, não é totalmente compatível com os termos verificados nos protocolos aqui considerados. Verifica-se que são atribuídos causas e consequências que comprometem a segurança da parturiente para além das ações vinculadas aos profissionais participantes do estudo. Em razão disso, dificuldades estruturais e com equipamentos, e mesmo a carência de recursos humanos, são fatores percebidos que impedem a prática de intervenções mais seguras.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa primeira análise, o programa identificou as representações sociais divididas em dois eixos. De um lado tem destaque temas relativos a (in)segurança e do outro risco, ambos com abordagem semelhante, esta relativa a aspectos que comprometem, de algum modo, a qualidade do cuidado prestado. O campo comum sobre as representações sociais dos profissionais, não são em relação à implementação dos protocolos, mas sim acerca da segurança da mulher no atendimento obstétrico. Estes estão ancorados em concepções e valores adquiridos ao longo da formação e atuação profissional.

O primeiro eixo, resultante da classificação hierárquica descendente, é composta por três classes e o segundo por uma. As classes 1, 3 e 5 respectivamente direitos, cotidiano e protocolos, contidas no primeiro eixo, tem enfoque pelos atores sociais sobre questões relacionadas à segurança, entretanto não convencem, uma vez que o discurso apresenta mais aspectos que relativizam e ameaçam a condição primeira. O segundo eixo, que contém a classe 2, denominada atenção e cuidado, em certa medida, é aquele em que os atores sociais manifestam, mais concretamente no discurso, os riscos do atendimento na área obstétrica, especificamente naquele cenário.

É possível afirmar que os participantes conhecem sobre itens que estão imbricados na sua formação como profissionais da área da saúde. A novidade constatada neste estudo sobre a implementação dos protocolos de segurança da mulher na atenção ao parto e nascimento, nesse cenário, é que os enfermeiros e médicos não abordam o assunto de forma consistente e sistematizada conforme os protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A aplicação dos protocolos em destaque, não acontece de forma regular conforme recomendado. Nesse ambiente obstétrico, itens presentes nos protocolos referidos são adotados na maternidade, de forma parcial. Os dois principais conteúdos ditos como integralmente seguidos são a prática de higienização das mãos e identificação do paciente, este último com flagrante verificação de inconsistência, uma vez que foi um dos itens mencionados como deficiente. Quanto aos relatados como não adotados foram cirurgia segura e prevenção de lesão por pressão.

No que tange às dificuldades na aplicabilidade dos protocolos na instituição, os resultados levam a inferir que são multifatoriais. A carência de recursos humanos e financeiros somados ao desconhecimento dos protocolos e ao pouco interesse da equipe na adesão aos mesmos ilustram as principais causas que levam a implementação dos protocolos de segurança do paciente naquela maternidade. Por outro lado, dentre as facilidades relatadas, aparecem a política de humanização adotada na instituição e a boa relação entre a equipe interdisciplinar, além do serviço ser de baixo risco.

Frente aos resultados obtidos, acredita-se que a consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente após sua implantação, possa ser medida que contribua para reverter as inconsistências verificadas. Outra alternativa é a realização de ações de educação permanente que abordem os protocolos de segurança do paciente recomendados pela Agência de Vigilância Sanitária.

Aponta-se como limitação do estudo, a abordagem de duas categorias profissionais que integram a equipe multidisciplinar, assim como a sua realização em única maternidade.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira, D.C e Campos, P.H.F. (Orgs.) **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, p. 23-34, 2005.

ALVES, K. Y. A; SANTOS, V. E. P; DANTAS, C. N. A Análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. **Aquichan** [online], v. 15, n. 4, p. 521-528, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2017.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais 50 anos**. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. Brasília: Technopolitik, 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisaegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pd>. Acesso em: 28 nov. 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde - Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2015**. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/13-boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2015>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**. v. 17, n. 1, p. 20-8, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2601/1990>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

AQUINO, P. S. et al. Análise da produção científica sobre enfermagem obstétrica na base de dados SCIELO. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 198-205, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a26v12n1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ARAÚJO, A. E. P. et al. Análise de prescrições em Maternidade pública brasileira. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo: v. 5, n.2, p. 63-68, 2014. Disponível em:

<<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050210000572BR.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

ARUTO, G. C.; LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** v.21, n.esp, p. 1-09, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45648>>. Acesso em: 19 out. 2016.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 04-10, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1588>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BASTOS, I. L. G. et al. Infecção hospitalar no Centro Cirúrgico: principais agentes causadores, fatores de risco e medidas de prevenção. **Rev. Madre Ciência Saúde.** v.1, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://grupomadretrezeza.com.br/revista/index.php/saude/article/view/14>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BOECKMANN, L. M. M.; RODRIGUES, M. C. S. Segurança cirúrgica na cesárea: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 4, p. 758-766, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41089>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 4, p. 376-81, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 3, p. 124-129, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44306>>. Acesso em: 16 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000.** Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Rede Sentinela** – histórico. Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a norma regulamentadora nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/legislacao/NR-32.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Anvisa, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Informativo sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: GGTES/Anvisa, v.1, n. 3, p. 1-12, 2011a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+03+Jan-Jul+de+2011/9c4d96da-55da-4f42-a76d-5b18b99d0521>>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2011c. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília: Anvisa, 2012b. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/lista/20140128_01.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1377, de 09 de julho de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013.** Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2014a. Disponível em: <<http://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Caderno Humaniza SUS. v. 4. 465 p. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014.** Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Brasil e os ODM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/DOU-20fev2017-Portaria-SAS-353-2017.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283–303, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100023>. Acesso em: 12 out. 2016.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de Enfermagem e segurança do paciente: Desafios e perspectivas. **Texto contexto – enferm.** [online]. v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sócias. **Representações sociais e práticas educativas**. Ed. UCG: Goiânia, 2003.

CARRERA, S. A.; AGUIAR, B. G. C. Cultura de Segurança do Paciente: A Percepção do Enfermeiro em um Hospital Oncológico. **Revista ACRED**. v. 4, n. 7, 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626595>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

CONSELHO Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). **10 Passos para a Segurança do Paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2017.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

COSTA, R. R. O. **Simulação realística como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em enfermagem. Natal, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/19550/1/RaphaelRaniereDeOliveiraCosta_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

COSTA, R. R. O. et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Rev. Espaço para à saúde**, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20263>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

CRUZ, J. D. A. et al. Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: Percepções de Enfermeiros em Terapia Intensiva. **Rev. Contexto & Saúde**. Ed. Unijuí. v. 15, n. 28, p. 62-66, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/3906/3690>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002>. Acesso em: 28 jan. 2017.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669–705, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

DIAS, E. G. et al. Assistência de enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. **Rev. Interd.** v. 9, n.2, p. 38-48, 2016. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/910>>. Acesso em: 20 out. 2016.

Direção Geral da Saúde (DGS). **Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco**. Lisboa, 2015. Disponível em: <http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-do-vouga/programa_nacional_para_a_vigilancia_da_gravidez_de_baixo_risco_2015/fr/metadata/files/0/file/Programa%20Nacional%20para%20a%20Vigil%C3%A2ncia%20da%20Gravidez%20de%20Baixo%20Risco%20DGS%202015.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2017.

DOMINGUES, A. N.; CARVALHO, L. R.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Segurança do paciente: análise dos grupos de pesquisa. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45680>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [online]. v. 13, n. 2, p. 190–

8, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** [online]. v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144>. Acesso em: 19 nov. 2016.

ENNEN, C. S.; SATIN, A. J. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences. **Official reprint from UpToDate**, 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetrical-outcomes-through-safety-sciences>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

ESSER, M. A. M. S.; MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. **Rev Eletronica Enferm**, [online]. v. 14, n. 1, p. 133-41, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a15.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

FERIGOLLO, J. P.; FEDOSSE, E.; SANTOS FILHA, V. A. V. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v. 24, n. 3, p. 497-507, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1379/746>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FERREIRA, F. D. et al. Identificação de sobrepeso em gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo-SP. **Science in Health.** v.5, n. 1, p. 12-6, 2014a. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/13_jan_abr_2014/Science_05_01_12-16.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

FERREIRA, C. F. et al. Organização Mundial de Saúde (OMS). SINUS, compartilhando responsabilidades na promoção da justiça, 2014b. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc Anna Nery.** v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0214.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais: Rio de Janeiro,

2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

KOHN, L. T. et al. To Err is Human: building a safer health system. **Committee on Quality of Health Care in America**. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-Chave em Contexto: análise estatística de textos. In: Bauer MW, Gaskell G. **Pesquisas Qualitativa com Textos, Imagem e Som**. Guareschi PA, trad. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. Disponível em: <<http://www.pet.eco.ufrj.br/images/PDF/bauer-gaskell.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, v.30, sup:S17-S47, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005>. Acesso em: 20 nov. 2016.

LIMA, F. D. M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista espaço para a saúde**. Londrina, v. 15, n. 3, p. 22-29, 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18190>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 5, p. 880-7, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**. v. 6, n. 2/4, p. 15-34, 2016. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 18 out. 2016.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**. [online]. Florianópolis. v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010>. Acesso em: 20 out. 2016.

MATÃO, M. E. L. Maternidade segura é prioridade na agenda política (inter) nacional. **COREN-GO**, 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/artigo-maternidade-segura-e-prioridade-na-agenda-politica-inter-nacional_3237.html>. Acesso em: 20 set. 2016.

MONTESQUIEU, C. S. Baron de (1748). **O Espírito das Leis**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen, traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 7.ed Petrópolis: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen, traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 8.ed.Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen, traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 9º ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012b.

MOTTA FILHO, G. R. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev. Bras. Ortop.** v. 48, n.6, p.554–562, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. Rio de Janeiro: v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2016.

NOQUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para segurança do paciente. **Cogitare. Enferm.** v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

O'NEILL, O. et al. **Safe Births: Everybody's Business: an Independent Inquiry Into the Safety of Maternity Services in England**. [s.l.: King's Fund, 2008. Disponível em: <<http://www.kingsfund.org.uk/publications/safe-births-everybodys-business>>. Acesso em: 17 out. 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea / MP / SPI, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Guia sobre Desenvolvimento Sustentável**. 17 objetivos para transformar o nosso mundo, 2015. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Lista OMS de verificación de la seguridad del parto**. Guía de aplicación: mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitárias. p. 61, 2015. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207480/1/9789243549453_spa.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2016.

PADILHA, J. F.; GASPARETTO, A.; BRAZ, M. M. Atuação da fisioterapia em uma maternidade: percepção da equipe multiprofissional de saúde. *Fisioterapia Brasil*. v. 16, n.1, 2015. Disponível em: <<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/291>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

PAZ, L. S.; FENSTERSEIFER, L. M. Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre. **Revista Interdisciplinar Novafapi**. v. 4, n. 1, p. 9-13, 2011. Disponível em: <http://www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p1_v4n1.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.

PEIXOTO, S. K. R.; PEREIRA, B. M.; SILVA, L. C. S. Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente. **Rev. Acad. Instituto de Ciência da Saúde**. v.2, n.1, 2016. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/203>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus, actas de saúde colet**. Brasília, v. 10, n. 3, p. 199-213, 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000701999&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2016.

POLLI, G. M. **Representações sociais do meio ambiente e da água na mudança de paradigmas ambientais**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Florianópolis: 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106747/315366.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

QUADROS, J. S.; REIS, T. L. R.; COLOMÉ, J. S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. **Rev. Rene**. v. 17, n. 4, p. 451-8, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4929>>. Acesso em: 27 out. 2016.

REIS, L. G. C. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Maternidade segura. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 16, v. 1, p. 371-393, 2014.

ROECHER, S. et al. Demandas assistenciais frente à gestação e o nascimento de bebês com malformação. **Rev Enferm UFSM** v. 2, n. 2, p. 252-263, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4614>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SCARROW, Pamela K. Patient Safety in Obstetrics and Beyond. **Journal for Healthcare Quality**, v. 31, n. 5, p. 3–3, 2009. Disponível em: <http://journals.lww.com/jhqonline/Citation/2009/09000/Patient_Safety_in_Obstetrics_and_Beyond.1.aspx>. Acesso em: 19 set. 2016.

SANTANA, R. S. et al. Consequências do uso excessivo de antimicrobianos no pós-operatório: o contexto de um hospital público. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 41, n. 3, p. 149-154, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n3/pt_0100-6991-rcbc-41-03-00149.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SANTOS, F. et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Min. Enferm.** v. 17, n. 4, p. 882-887, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/893>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SANTOS, S. S. et al. Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Aracaju, v. 2, n.2, p. 19-30, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1775>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SANTOS, A. L. S. et al. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **Rev Enferm UFSM**. v. 5, n. 3, p. 531-540, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17337>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

SANTOS, J. B. et al. Enfermeiro como educador para benefício do parto normal. **Rev. Remecs**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 24-36, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/4>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SANTOS, W. M.; SCHOSSLER, C. C. Riscos ambientais em ambiente hospitalar. **Ensino, Saúde e Ambiente**. v. 6, n. 3, p. 39-52, 2013. Disponível em: <<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/144>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm**. v. 21 n. esp: 01-08, 2016. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=793396&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/ funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare. Enferm**. v. 21, n. esp., p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

SHERMAN, H. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **International Journal of Health Care Quality**. v. 21, p. 2-8, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638753/>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 18 out. 2016.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 1, p. 82-7, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21116>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

SILVA, A. C. et al. A enfermagem frente à educação permanente na prevenção e no controle de infecção hospitalar. **Rev. Pró-UniversUS**. v. 5, n. 2, p. 5-10, 2014. Disponível em: <<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouiversus/V5N22014/pdf/001.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

SILVA, R. M. et al. Atuação da enfermagem em alojamento conjunto: percepção de puérperas. **REBES**, v. 5, n. 3, p. 35-44, 2015. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2016/2628-1461603642.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

SILVA, A. C. A. et al. Segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. esp, p. 1-09, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

SIQUEIRA, C. L. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. **Cogitare Enferm**. v. 21 n. esp., p. 01-10, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45411>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**. [online] Porto Alegre (RS) v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007>. Acesso em: 20 out. 2016.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. cap.16, v. 1, p. 371-393, 2014.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TRAZERZIM, M. A. S.; NOVARETTI, M. C. Z. Aplicação de indicadores de morbidade e mortalidade materno/neonatal na segurança do paciente de uma

maternidade pública do estado de São Paulo. **XVII SEMEAD Seminários em Administração**, 2014. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhosPDF/693.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

TORINO, V. V. et al. Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45852>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TRANNIN, K. P. P. et al. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

TRES, D. P. et al. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44938>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

VEGIAN, C. F. L.; MONTEIRO, M. I. Condições de vida e trabalho de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Latino. Am. Enf.** v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_22.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VINCENT, C. **The Essentials of Patient Safety**. London: Imperial College, 53 p. 2011. Disponível em: <<https://www1.imperial.ac.uk/resources/5D671B2E-1742-454E-9930-ABE7E4178561/vincentessentialsofpatientsafety2012.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

WEI, C. Y. et al. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**[online]. v. 20, n. 4, p. 717-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2017.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**. v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 out. 2016.

WILDE, G. J. S. **O Limite Aceitável de Risco**: Uma nova psicologia de segurança e de saúde. O que funciona? O que não funciona? E por que. Tradução de Reinier Johannes Antonius Rozestraten. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

World Health Organization (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008-2009. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

World Health Organization (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Patients for patient safety. Partnerships for safer health care. Geneva: WHO, 2013. Disponível em:<
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf?ua=1
>. Acesso em: 15 nov. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) da pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Informações sobre a Pesquisa

Título: Segurança da parturiente na atenção ao parto e nascimento.

Objetivo: Descrever como os protocolos da segurança do paciente implantados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são empregados na atenção ao parto e nascimento.

Equipe de Pesquisadores:

- Pesquisadora responsável: Lara Isa de Souza Gontijo Melo, fone (62) 98133-4546, e-mail ligontijo@hotmail.com.

- Pesquisadora orientadora: Professora Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão, fone (62) 3946 1095 / 3946 1261, e-mail liegio@ih.com.br.

Avaliador da Presente Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, fone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato a qualquer momento, antes, durante e após o estudo e tirar todas as suas dúvidas com as pesquisadoras, pelos números acima indicados. Caso a dúvida seja referente algum aspecto ético aplicado a pesquisa, você poderá entrar em contato com o comitê avaliador, cujos dados encontram-se acima registrados.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento (TCLE) deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da Pesquisadora responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Seu nome e informações pessoais não serão revelados em nenhum momento desta pesquisa e, como garantia de seu anonimato, seu nome será

substituído por números. Você poderá desistir de sua participação no estudo a qualquer momento, conforme lhe for conveniente. Sua recusa de participação não implicará em qualquer tipo de punição.

O instrumento a ser utilizado consiste em entrevista semiestruturada, preferencialmente gravadas com o seu conhecimento e anuência. Caso não concorde, o registro será realizado de forma manual pela pesquisadora. Ao término da entrevista você receberá o formulário socioeconômico cultural para registro dos mesmos.

Acredita-se que os riscos por participar sejam mínimos e devido ao fato de revisitar situações vividas ao longo de sua vida profissional que se configurem como sofrimento psicoemocional. Caso você sinta algum incômodo ou desconforto durante a entrevista, podemos interrompe-la e será oferecido apoio por parte da pesquisadora. Se necessário, você será encaminhada(o) pela pesquisadora para o apoio psicológico junto ao serviço de psicologia da unidade. No desencadeamento de outro tipo de interferência causada pela participação na pesquisa, haverá assistência imediata, integral e gratuita pelos danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios que possam se instalar.

Quanto aos benefícios, acredita-se que sejam indiretos. O desenvolvimento do estudo poderá fortalecer a área obstétrica especificamente relativo a segurança da paciente. O fato de descrever os principais desafios e dificuldades apresentadas pela equipe multidisciplinar para a implementação dos protocolos de segurança de acordo com a ANVISA, potencialmente trará benefícios pela visualização do que pode ser considerado, muitas vezes, como invisível.

A reflexão sistematizada acerca de procedimentos envolvidos na assistência à parturiente sem perder o foco da segurança, poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência obstétrica oferecida.

Você não terá gastos, mas caso ocorram serão ressarcidos. Em caso de danos decorrentes da participação neste estudo, terá direito a indenização.

Lara Isa de Souza Gontijo Melo

Pesquisadora Responsável

____/____/____
Data



 Profª Drª Maria Eliane Liégio Matão
 Pesquisadora Orientadora

____/____/_____
 Data

Eu _____
 _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com a Sra. Lara Isa de Souza Gontijo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, _____, de _____, de 2016.

 Participante

____/____/_____
 Data

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Fale sobre a movimentação que a OMS promove em relação a segurança do paciente.
- 2) E em relação a ANVISA, qual seria o seu papel?
- 3) Há riscos à segurança da parturiente na maternidade? () não () sim

Caso afirmativo	Caso negativo
Quais riscos se destacam?	O que destaca para que haja inexistência de riscos à segurança da parturiente.
Quais cuidados considera necessário para evita-los?	

- 4) Na maternidade há ocorrência de eventos adversos com frequência? Fale um pouco sobre isso.
- 5) Você encontra facilidades para realizar suas atribuições aqui na maternidade? Quais?
- 6) E quanto as dificuldades, existem? Quais?
- 7) Existem estratégias desenvolvidas para prevenir a exposição dos pacientes aos riscos aqui na maternidade?
- 8) Dos protocolos de segurança do paciente recomendados pela ANVISA, quais são adotados aqui na maternidade?

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO EM NOME DE TERCEIRO
(PROFISSIONAL DA MESMA CATEGORIA)**

Formação: Enfermeiro () Médico () Sexo: Feminino () Masculino ()

Na triagem:

É realizado exame na grávida no momento da admissão para avaliar se tem algum risco?

() Não () Não sabe () Sim

Na admissão:

É realizada a identificação da gestante/parturiente antes da hospitalização?

() Não () Não sabe () Sim

A gestante/parturiente é comunicada sobre a livre escolha de acompanhante para permanecer com ela durante todo o tempo da hospitalização?

() Não () Não sabe () Sim

Há boa comunicação entre a equipe multidisciplinar?

() Não () Não sabe () Sim

Durante o Trabalho de Parto

A parturiente tem liberdade para deambulação?

() Não () Não sabe () Sim

É obrigatório manter jejum até o nascimento?

() Não () Não sabe () Sim

Orienta métodos não farmacológicos para alívio da dor?

() Não () Não sabe () Sim

Há boa comunicação entre a equipe multidisciplinar?

() Não () Não sabe () Sim

Realiza Higienização das Mãos antes e após contato com paciente ou após qualquer contato com suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluidos biológicos?

() Não () Não sabe () Sim

Todos os quartos dispõem de pia/sabão e/ou álcool gel para a higienização das mãos?

() Não () Não sabe () Sim

Em caso de toxemia, o sulfato de Magnésio é disponibilizado?

() Não () Não sabe () Sim

E o Gluconato de Cálcio?

() Não () Não sabe () Sim

Existe padrão para fazer uso de medicamentos de alto risco?

() Não () Não sabe () Sim

Durante o Parto Natural

Permite acompanhante?

Não Não sabe Sim

Permite adoção de posição verticalizada?

Não Não sabe Sim

Realiza identificação da parturiente?

Não Não sabe Sim

Realiza intervenção para acelerar o nascimento?

Não Não sabe Sim

Há boa comunicação entre a equipe multidisciplinar?

Não Não sabe Sim

Na Cirurgia Cesariana

Permite acompanhante?

Não Não sabe Sim

Verifica a indicação da intervenção?

Não Não sabe Sim

Confirma esvaziamento vesical?

Não Não sabe Sim

Verifica a identificação correta da mulher?

Não Não sabe Sim

Utiliza métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico?

Não Não sabe Sim

Há boa comunicação entre a equipe multidisciplinar?

Não Não sabe Sim

A qualquer momento:

Realiza notificação de eventos adversos?

Não Não sabe Sim

Faz uso dos protocolos de segurança do paciente?

Não Não sabe Sim

7. Participa de educação permanente?

Não Não sabe Sim

Após o Parto (1 hora)

Verifica o estado da puérpera?

Não Não sabe Sim

Verifica o estado do recém-nascido?

Não Não sabe Sim

APÊNDICE D – FORMULÁRIO SÓCIO-CULTURAL

PARTE 1 – DADOS PESSOAIS

1. Sexo: () Masculino () Feminino
 2. Idade: _____ anos completos
 3. Em relação à raça/cor, como você se considera: () Branco (a) () Pardo (a) () Preto (a) () Amarelo (a) () Indígena
 4. Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado/separado () Viúvo () Outros
 5. Qual a sua religião? () Católica () Protestante ou Evangélica () Espírita () Outra () Sem religião
 6. Naturalidade: () Brasileiro () Estrangeiro (a) Naturalizado (a) Qual país?

 7. Tem filhos: () Não () Sim Quantos? _____.
 8. Nível de instrução: () Ensino Superior () Pós-graduado () Mestre () Doutor () Outros: _____.
 9. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade? () Menos de 1 ano () Entre 1 e 2 anos () Entre 2 e 4 anos () Mais de 4 anos
 10. Quanto à sua atividade profissional, desenvolva em atividade () administrativa () assistencial Setor _____
- a) Qual a carga horária e turno que você exerce neste estabelecimento?
Carga horária: _____
Turno: _____
- b) Possui mais de um emprego?
() Sim () Não
- Local: _____
Carga horária: _____ Turno: _____
Local: _____
Carga horária: _____ Turno: _____

PARTE 2 – INFORMAÇÕES SOBRE OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. A respeito dos protocolos de segurança do paciente recomendados pela ANVISA, na maternidade estes são:

a) Cirurgia segura

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

b) Prática de Higienização das mãos em serviços de saúde

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

c) Identificação do paciente

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

d) Prevenção de quedas

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

e) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

f) Prevenção de úlcera por pressão

() integralmente adotados () parcialmente adotados () não adotados

2. Quais dificuldades e facilidades se verifica na prática profissional para implementação destes protocolos.

Dificuldades

1. _____

2. _____

Facilidades

1. _____

2. _____

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DA PARTURIENTE NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Pesquisador: LARA ISA DE SOUZA GONTIJO MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53256816.7.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.573.162

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que resultara em uma dissertação de mestrado do programa de Pósgraduação Mestrado em Atenção a Saúde da PUC Goiás. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa que será desenvolvido para descrever como os protocolos de segurança do paciente tem sido implementados na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade referencia para a região metropolitana de Goiânia. As pesquisadoras apontam a importância da qualidade da assistência prestada a parturiente desde a sua admissão na maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto, considerando a segurança e a implementação de protocolos essencial para a qualidade do cuidado. O projeto de pesquisa será conduzido para responder a seguinte questão de pesquisa: A atenção obstétrica implementada no parto e nascimento atende aos itens da RDC 36/2013? Quais e como os protocolos para a segurança da parturiente, são empregados na atenção humanizada ao parto e nascimento? Participarão do estudo 30 profissionais de nível superior que integram a equipe multidisciplinar, entre eles enfermeiros, médicos obstetras ou neonatologistas/pediatras, com no mínimo dois anos de formado e lotados na maternidade há no mínimo seis meses. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Será implementada a análise temática dos dados qualitativos com auxílio do software ALCESTE. Segundo as pesquisadoras a realização do estudo ampliará a compreensão de que a segurança e um princípio básico e requisito para o cuidado.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.573.162

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

- Descrever como os protocolos da segurança do paciente implantados pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são empregados na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade.

Objetivo Secundario:

- Analisar a atuação da equipe multidisciplinar de Saúde na implementação dos protocolos para a segurança do paciente na atenção ao parto e nascimento;

- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a implementação dos protocolos da ANVISA para a segurança do paciente na atenção ao parto e nascimento;

- Registrar quais e como os protocolos para a segurança do paciente estão sendo empregados na atenção ao parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras descreveram os riscos e benefícios de modo adequado atendendo as recomendações da Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante e poderá identificar os indicadores da qualidade do processo de cuidar em uma instituição referência para o atendimento a mulheres no período da gestação, parto e puerpério para Goiás. O projeto atende aos aspectos referentes ao rigor metodológico e éticos para a condução de pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam a todas as pendências, adequando o projeto e o TCLE. Projeto aprovado.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.573.162

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 03 de Junho de 2016

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)