



SEMINÁRIO

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

Perspectivas e Desafios

MATERNIDADE SEGURA



Toda mulher deve ser tratada com respeito e dignidade pois o nascimento é um momento único e a mulher tem o direito de viver este momento de forma positiva e segura.



MORTE MATERNA

- Segundo a OMS, é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas que se referem a ela porém, não em virtude de causas acidentais ou incidentais. (OMS, 1995).
- É sabido que a maior parte das mortes maternas poderia ser evitada com cuidado de saúde adequado e oportuno.



FATORES RELACIONADOS A MORTE MATERNA



- Determinantes sociais
- Violência
- Pobreza – desnutrição, anemia
- Gravidez indesejada
- Falta de acesso ao aborto seguro e legal
- Acesso a serviços de saúde
- Demora em receber tratamento adequado



MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

- 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento.
- 1% em países desenvolvidos.

PRINCIPAIS CAUSA DE MORTES MATERNAS

Hemorragia

Hipertensão

Infecção

Complicações relacionadas ao aborto

- No BRASIL: hipertensão e hemorragia.



MORTALIDADE MATERNA

A razão da mortalidade materna nos países mais desenvolvidos encontra-se em torno de 16/100 mil NV, e nos países com menor índice de desenvolvimento chega a 240/100 mil NV.

Mortalidade materna:

- Chile – 25 mortes por 100 mil NV.
- Uruguai – 29 por 100 mil NV.
- Costa Rica – 40 por 100 mil NV.
- Brasil – meta definida pelos ODM até 2015: valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil NV. (ONU, 2013).

Redução no Brasil: deveria ser de 5,5%.

2010 – razão da mortalidade foi de 68 para cada 100 mil NV.

(WHO, 2012)



MORTALIDADE NEONATAL

Disparidades entre regiões:

- Variam de 4 óbitos/1000 NV nas regiões desenvolvidas.
- 24 óbitos/1000 NV nas regiões em desenvolvimento.

BRASIL:

- Meta redução de 2/3 da mortalidade infantil (menores que 1 ano).
- De 47,1 óbitos/1000 NV em 1990 para 15,7 óbitos por 1000 NV em 2015.

(ONU, 2013)



PRINCIPAIS CAUSAS DA MORTALIDADE NEONATAL

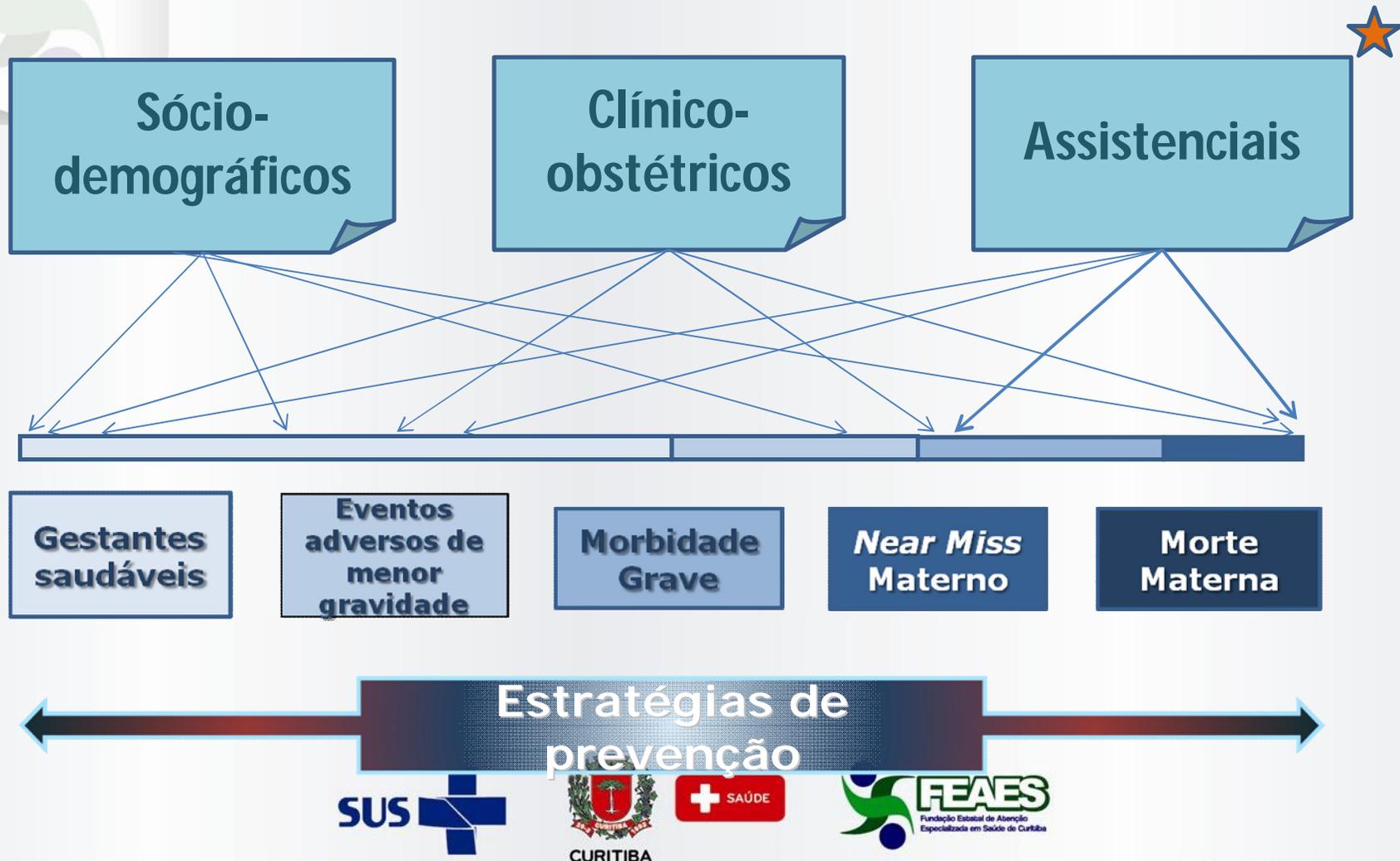
- Prematuridade.
- Asfixia/hipóxia (regiões norte e nordeste).
- Malformações congênitas – demais regiões.

- Tardia – infecções perinatais
 - Exceto região sul onde predominam as malformações.

(BRASIL, 2012)



Fatores que interferem na evolução ao longo do *continuum da saúde materna*



QUALIDADE NA OBSTETRÍCIA

...grau em que os serviços maternos aumentam a probabilidade de que o tratamento oportuno e adequado, consistente com o conhecimento científico corrente, alcance os resultados esperados e respeite os direitos reprodutivos.

(HULTON et al., 2000 citado por REIS)



SEGURANÇA



SEGURANÇA

- SEGUNDO KOHN 2000, é parte da qualidade.
- SEGUNDO VINCENT 2011, é evitabilidade, prevenção, melhoria de resultados adversos ou lesões provenientes do processo assistencial.

***MELHORAR OU CORRIGIR AS CONSEQUÊNCIAS DOS RESULTADOS
ADVERSOS OU LESÕES DECORRENTES DO CUIDADO***



ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE:

- Mudanças repentinas
- Duas vidas
- Duração do cuidado
- Diversidade de locais e profissionais
- Experiência humana
- Expectativa de resultados positivos
- Alta incidência de intervenções



MODELO ASSISTENCIAL OBSTÉTRICO

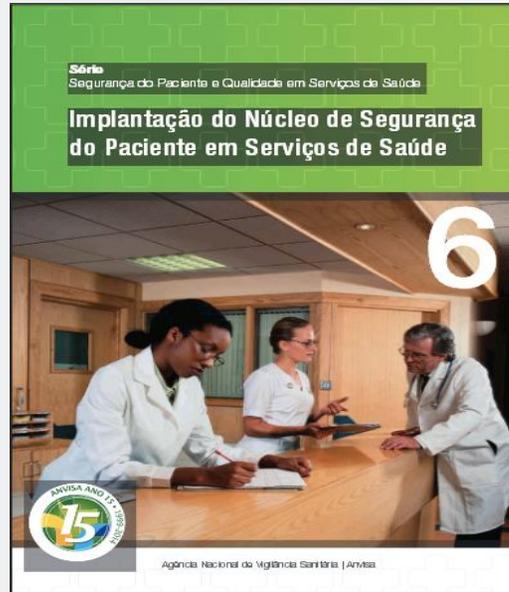


- Século XIX – higienização das mãos, uso do pinard.
- Século XX – uso do clorofórmio e da occitocina.



MODELO ASSISTENCIAL OBSTÉTRICO

Programa Mãe Curitibana



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA





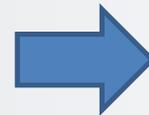
A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) vem elaborar o documento - *Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal*, voltado para o fortalecimento dos serviços de saúde onde a assistência se realiza.



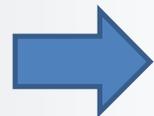
MATERNIDADE SEGURA



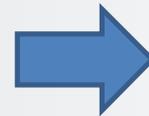
**QUALIDADE E
SEGURANÇA (LEGISLAÇÃO,
PROCESSOS, FERRAMENTAS)**



**INFORMAÇÃO/
TECNOLOGIA**



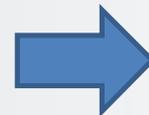
**HUMANIZAÇÃO NO
ATENDIMENTO**



ESTRUTURA



**EDUCAÇÃO
PERMANENTE**



**MONITORAMENTO/
AVALIAÇÃO**



MODELO ASSISTENCIAL

- Relações dos profissionais x organizações.
- Autonomia dos profissionais.
- NSP – melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde.
- Identificação das prioridades.
- Avaliação (Indicadores de estrutura, processo, resultado).
- Estabelecer padrões de melhoria.
- Buscar oportunidade de melhoria.
- Investigar falhas nos processos assistenciais.
- Intervir com foco no sistema e não nos indivíduos.



LEGISLAÇÃO

- **RDC 36/2008** – funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser fundamentada na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.
- **RDC/ANVISA n. 63 de 23 de novembro de 2011** – dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- **RESOLUÇÃO 36 de 25 de julho de 2013** - institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- **PORTARIA 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014** - redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



LEGISLAÇÃO

- **PORTARIA nº 1459 DE 24 DE JUNHO DE 2011** - institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- **Portaria n.1020/GM/MS de 29 de maio de 2013** - Casa de Gestantes, bebês e Puérperas.
- **Portaria n.905/GM/MS de 29 de maio de 2013** - Centro de Parto Normal .
- **PORTARIA nº 427/GM** - em 22 de março de 2005 - institui a Comissão Nacional de monitoramento e avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da mortalidade materna e neonatal.
- **Serviços de Atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. ANVISA. 2014.
- **Portaria GM/MS n.1683/07** – método canguru.



LEGISLAÇÃO

- **RDC 63 de 25 de novembro de 2011** – Boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.
- **RDC n 50 de 21 de fevereiro de 2002** – dispõe sobre Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração, e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- **RDC/ANVISA n. 171 de 4 de setembro de 2006** – Banco de Leite.
- **PORTARIA GM/MS n. 930/12** – UTI Neonatal.
- **PORTARIA GM/MS n. 371/14** – institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS.
- **Portaria GM/MS n. 355/14** – publica a proposta de projeto de resolução para as Boas Práticas para Organização e Funcionamento do SUS de Terapia Intensiva adulta, pediátrica e neonatal.



LEGISLAÇÃO

- **RE/ANVISA n. 2606/20016** – reprocessamento de produtos médicos.
RE/ANVISA n. 2605/2006 – lista de produtos médicos de uso único.
RDC/ANVISA n. 156/2006 – registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e **RDC/ANVISA n. 15/2012** – requisitos de Boas Práticas para o processamento de produtos para a saúde. **RDC/ANVISA n. 6/2012** – Boas Práticas de Funcionamento para as Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde.



QUALIDADE PODE SER DEFINIDA EM 6 OBJETIVOS

- **SEGURANÇA** – minimiza o risco de erro ou dano. Ex: Fisiologia do parto x intervenções.
- **EFETIVIDADE** – Cuidado prestado de acordo com as indicações e padrões estabelecidos. Ex: uso excessivo, ou uso insuficiente.
- **CENTRADO NA MULHER E NO BEBÊ** - Cuidado voltado as necessidades, valores, cultura, preferência das mulheres e família. Tomada de decisão não por conveniência do profissional ou maternidade.



QUALIDADE PODE SER DEFINIDA EM 6 OBJETIVOS

- **OPORTUNIDADE** – Prestado quando necessário. Informar com clareza, em tempo para apoiar a tomada de decisão da mulher.
- **EFICIÊNCIA** – a assistência prestada produz maiores benefícios com o uso adequado dos recursos e tecnologia.
- **EQUITATIVO** – todas mulheres tem acesso aos mesmos cuidados, conforme necessidades e valores. Levar em consideração as barreiras linguísticas, culturais e geográficas.

(CARTER et al., 2010)



Fatores assistenciais

• RELACIONADOS À ESTRUTURA

- QUADRO DE PROFISSIONAIS
- APARATO TECNOLÓGICO
- PROTOCOLOS E ROTINAS
- INSTALAÇÕES FÍSICAS
- TRANSPORTE DE PACIENTES
- REFERÊNCIAS E CONTRAREFERÊNCIAS
- SERVIÇOS DE APOIO (LABORATORIAL, TRANSFUSIONAL, etc.)

• RELACIONADOS AO PROCESSO

- TREINAMENTOS ESPECÍFICOS E PERIÓDICOS
- USO ROTINEIRO DE TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO
- REGISTRO DE SINAIS VITAIS, CONDUTAS E PROCEDIMENTOS NO PRONTUÁRIO
- USO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLE DA DOR
- PRESENÇA DO ACOMPANHANTE



FATORES ASSISTENCIAIS

Modelo dos Três Atrasos (Thaddeus e Maine, 1990)

1º ATRASO

- Atraso na decisão de procurar cuidados por parte da mulher, da família ou de ambos.

Fatores relevantes:

- Grau de informação sobre as situações que merecem cuidado
- Distância da unidade de saúde
- Custo financeiro envolvido
- Experiência anterior negativa com o sistema de saúde
- Percepção negativa da qualidade do cuidado recebido

2º ATRASO

- Atraso em alcançar uma unidade de cuidados de saúde adequada.

Fatores relevantes:

- Distribuição geográfica dos serviços de saúde – se inadequada, demanda grandes deslocamentos e muito tempo de viagem; dificuldades de transporte (incluindo custos e meios de transporte)

3º ATRASO

- Atraso em receber os cuidados adequados nos serviços de saúde.

Fatores relevantes:

- Falta de insumos, instrumentos e equipamentos
- Insuficiência de profissionais de saúde
- Falta de equipe com treinamento adequado





ORGANIZAÇÃO, RECURSOS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS

- **Gerenciamento da qualidade** – oferecer serviços dentro dos padrões de qualidade, fornecer recursos necessários.
- **Segurança do paciente**
- **Condições organizacionais** – licença sanitária.
- **Prontuário do paciente** – assegurar a guarda, manter em lugar seguro, registros adequados, legível, garantir a disponibilidade do prontuário ao usuário, representantes legais e a autoridade sanitária quando necessário.





ORGANIZAÇÃO, RECURSOS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS

- **Gestão de pessoas e Política de RH** – responsáveis técnicos, coordenações, ações de humanização, dimensionamento de acordo com legislação e modelo assistencial conforme complexidade e perfil da demanda.
- **Educação permanente** – priorizar o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários.
- **Proteção à saúde do trabalhador e biossegurança.**
- **Transporte de pacientes** – atender a portaria GM/MS n. 2048 de 5 de novembro de 2002.





ORGANIZAÇÃO, RECURSOS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS

- **Plano de Gerenciamento de Tecnologias em saúde.**
- **Prevenção e controle de infecção** – possuir normas, rotinas, manuais que orientem a prática assistencial.
- **Gestão de tecnologias e processos** – RDC ANVISA n. 02/2010 – dispor de normas, rotinas para higienização dos ambientes, parque de equipamentos, instrumentais, insumos, medicamentos e materiais necessários de acordo com a complexidade e perfil da instituição.



ORGANIZAÇÃO, RECURSOS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS

- **Notificação de eventos adversos graves** – farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.
- **Recomendações e cuidados com os acompanhantes e familiares** – atividades educativas, rodas de conversa.





ORGANIZAÇÃO, RECURSOS E PROCESSOS ASSISTENCIAIS

- **DESCARTE DE RESÍDUOS** – PGRSS.
- **ESTRUTURA FÍSICA** – baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte e grau de risco atendendo a legislação vigente. Equipamentos, instrumental compatíveis com o perfil da instituição, transporte sanitário, serviços de apoio, medicamentos padronizados, diretrizes e protocolos implantados definindo o modelo de atenção ao parto.



HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

- **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO** - valorização dos diferentes segmentos (usuários, trabalhadores e gestores), implicados no processo de produção de saúde.
- **HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO - REDE HumanizaSUS** – balizamento para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011.
- **REDE CEGONHA** - consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.



EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Trabalho em equipe – liderança, monitoramento, suporte mútuo e comunicação.
- Simulações.
- Diretrizes baseadas em evidências.
- Implantação de protocolos otimizados – organizam a assistência.
- Check lists de segurança (ex: cesárea, indução do parto, hemorragia pós parto vaginal).
- Bundles.
- Educação continuada e educação em serviço.
- Auditorias pelo NSP/Rondas de segurança.



INFORMAÇÃO

- Trabalho em rede
- Comunicação Efetiva
- Prontuário eletrônico, preferencialmente
- Registros adequados
- Informação a mulher e a família



INICIATIVAS PARA A MELHORIA DO CUIDADO E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

IDENTIFICAR EVENTOS ADVERSOS, CONHECER SUAS CAUSAS E FATORES CONTRIBUENTES

- Uso de rol de rastreadores para orientar a revisão de prontuários
- Observação direta de processo de trabalho
- Mapeamento de pontos críticos de controle
- Aplicação de ferramentas como Análise de Causa-Raiz
- Sessões clínicas com equipes



INICIATIVAS PARA A MELHORIA DO CUIDADO E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

- Implantar projetos inovadores com base científica.
- Estudo de casos.
- Reduzir as cesáreas desnecessárias.
- Preparar o serviço para respostas rápidas às emergências obstétricas.
- Abandonar as práticas classificadas como claramente danosas ou ineficazes.
- Melhorar a comunicação e a informação.
- Implantar o partograma, carteira da gestante, plano de parto.
- Capacitar e qualificar os profissionais.



INICIATIVAS PARA A MELHORIA DO CUIDADO E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

Identificar os eventos adversos e conhecer suas causas e fatores contribuintes

NOME DA TÉCNICA	USO	DESCRIÇÃO
Sampling at Service Sites (SSS)	Medir a mortalidade materna	Estratégia para captar dados sobre mortes maternas em que os pesquisadores/investigadores visitam os locais onde se encontra grande número de mulheres potencialmente expostas, tais como serviços de saúde.
Rapid Ascertainment Process for Institutional Death (Rapid)	Medir a mortalidade materna	Método para melhorar o monitoramento de mortes hospitalares relacionadas à gravidez, identificando retrospectivamente os óbitos que possam ter sido perdidos durante notificações de rotina.
Tracing adverse and favourable events in pregnancy care (Trace)	Medir e descrever a mortalidade materna, a morbidade e a qualidade dos serviços de cuidado obstétrico	Inquéritos para rastrear eventos adversos ou desfavoráveis no cuidado obstétrico. Obtenção de informação qualitativa sobre os casos de morte materna, morbidade materna grave (<i>near miss</i>) e, se necessário, casos normais e outras complicações.
Perceptions of Quality of Care (PQOC)	Medir e descrever a qualidade dos serviços de cuidado obstétrico	Métodos qualitativos para estudo das percepções dos membros da comunidade e provedores em relação a barreiras e facilitadores do cuidado de boa qualidade. Fornece informação sobre fatores que podem afetar os cuidados especializados ao parto.
Health Worker Incentives Survey (HWIS)	Avaliar fatores ligados aos sistemas de saúde	Questões para investigar fatores motivacionais em profissionais de saúde e outros aspectos do contexto ligados aos recursos humanos com vistas a obter medidas de funcionalidade dos serviços.
Outcomes after Pregnancy (OAP)	Medir a morbidade materna	Estratégia interdisciplinar para explorar a relação entre consequências sociais, psicológicas, físicas e econômicas das complicações durante a gravidez e o parto.
Maternal Death from Informants (Made-in) and Maternal Death Follow-on Review (Made-for)	Medir a mortalidade materna	Técnica de pesquisa que usa informantes para identificar mortes relacionadas à gravidez, objetivando estimar a razão de mortalidade materna e fornecer informações sobre as possíveis causas de mortalidade. Entrevistas de seguimentos com familiares das pacientes que foram ao óbito, confirmando se as mortes são maternas ou não e explorando as causas e circunstâncias da morte.

Fonte: Reis, LGC. Maternidade Segura. In: Sousa, Paulo (Org.) Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 1.ed. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. v.1,p.371-393.



EVENTOS SENTINELA

Lista de eventos sentinela:

Maternos: morte materna, parto eletivo programado (cesárea ou indução), distócia de ombro, eclâmpsia, lacerações de 3 e 4 graus, ruptura uterina entre outros.

Fetais/neonatais: mortes fetais e neonatais (= ou abaixo de 500g), transferência de RN de uma instituição para UTI de outra instituição entre outras.



EVENTOS SENTINELA

- **Organizacionais:** prontuário não disponível, falha de equipamento, conflito em relação ao manejo de um caso, erro de medicação, retenção de compressa/instrumento, violação do protocolo local, parto assistido por pessoa não qualificada, reclamação do usuário, infecção relacionada à assistência à saúde entre outros.



AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO



CONHECER

MONITORAR

MEDIR



INDICADORES

- Média de permanência de puérperas
- Taxa de cesárea
- Taxa de cesárea em primíparas
- Taxa de episiotomia
- Taxa de partos com acompanhante
- Taxa de mortalidade neonatal precoce
- Taxa de infecção puerperal relacionada a partos normais/cesáreas
- Taxa por categorias das boas práticas





MATERNIDADE CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO BAIRRO NOVO

Desafios em busca de uma maternidade segura



Critérios para internamento na unidade obstétrica



* Índice de Bishop

Parâmetros avaliados	Pontos Atribuídos			
	0	1	2	3
Altura da apresentação fetal (De Lee)	-3	-2	-1	0 ou abaixo
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	>5
Apagamento (%)	0 30	40 50	60 70	>80
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Intermediário	Central	

Critérios para indução do TP

- Ruptura prematura de membranas;
- Gestação ≥ 41 semanas
- Gestação de termo com placenta grau III, ILA reduzido (58) e colo favorável (índice de Bishop*)
- Condições emergenciais e patologias que envolvam comprometimento materno/fetal
- Redução de crescimento uterino com ILA>5
- DPP com feto morto e mãe hemodinamicamente estável
- Óbito fetal intrauterino
- Feto com traçadocardiográficocategoria II

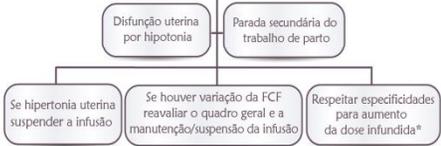
Critérios para condutas na unidade obstétrica



Conduta para indução com misoprostol



Critérios para condução com ocitocina



Amniotomia

Pode ser utilizada como método para estimular as contrações desde que existam sinais de progressão do TP, desde que dilatação ≥ 8cm

Tempo esperado no 2º estágio do trabalho de parto (expulsivo)



QUADRO DA INFUSÃO DE OCITOCINA NA INDUÇÃO OU CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO			
ESQUEMAS	METODOLOGIA PARA INFUSÃO	ADRESCIMO DO VOLUME DE INFUSÃO	DOSE MÁXIMA ocitocina permitida
	Calcular sempre em função do estado de maturação do colo e do nascimento regular na presença médica todos os minutos de dose.	ASINÁL E CARACTERÍSTICO PROLÍFERO MÉDICO	VOLUME 170 ml/hora
BAIXA DOSE	INICIAR COM: Quando houver um cervix de 3cm DOSAGEM: 2 ml/h / min DOTAÇÃO: 4 gotas / min VOLUME DE INFUSÃO 12 ml/hora	AUMENTAR: DOSAGEM: 1 ml/h / min DOTAÇÃO: 2 gotas / min VOLUME: 5 ml/hora	
ALTA DOSE	INICIAR COM: DOSAGEM: 8 ml/h / min DOTAÇÃO: 16 gotas / min VOLUME DE INFUSÃO 30 ml/hora	AUMENTAR: PREVENÇÃO DE PARTO: DOSAGEM: 8 ml/h / min DOTAÇÃO: 16 gotas / min VOLUME DE INFUSÃO 30 ml/h INTERVALO 30 minutos.	INTERESTABILIZADO Paralisa imediatamente a infusão INICIAR com 2 ml/hora seguido de 1 ml/hora

Fonte: American College of Obstetricians and Gynecologists 1999, Williams Obstetrics 2010, ALSC, 2005, Obstetrícia UNIFESP, 2011

Projeto gráfico de design: Anye Colman 04/2016

CHECK LIST NASCIMENTO SEGURO- MATERNIDADE BAIRRO NOVO

Nome: _____		G P C A	DPP: _____
Prontuário: _____		DN: ____/____/____	DUM: _____ IG: _____
ADMISSÃO NO PRONTO ATENDIMENTO		ANTES DO NASCIMENTO	
ADMISSÃO NA UNIDADE OBSTÉTRICA			
Data: ____/____/____ 1) Pulseira de identificação: ()SIM ()NÃO 2) Número de consultas pré-natal: 3) Exames de pré-natal realizados: () Totalmente ()Parcialmente* ()Nenhum *Falta: _____ 4) Vacinas: ()Completo ()Incompleto 5) Realizou plano de parto: ()SIM ()NÃO 6) CTG realizado: ()SIM ()NÃO 7) Orientada em relação às normas institucionais: ()SIM ()NÃO 8) Gestação risco habitual ()SIM ()NÃO Justificativa: _____ 9) Motivo da internação: CID10: _____ Observação: _____ 10) Dinâmica uterina: ()SIM DU 10': _____ ()NÃO 11) Dilatação cervical: _____ 12) Aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: ()SIM ()NÃO	13) Pulseira de identificação: ()SIM ()NÃO 14) Passagem de plantão: ()SIM Profissional: _____ ()NÃO 15) Acolhimento pela Enfermeira Obstétrica ()SIM ()NÃO 16) Realizados Testes Rápidos de HIV e Sífilis: ()SIM ()NÃO 17) GBS positivo: ()SIM* ()NÃO *Realizada profilaxia ()SIM ()NÃO ATB de escolha: _____ 18) Realizou ATB por outra razão: Justificativa: _____ 19) Checagem da prescrição ()SIM ()NÃO 20) Apresentação da equipe ()Enfermeira Obstétrica ()Médico Obstetra ()Médico Pediatra ()Médico Anestesista ()Técnicas de Enfermagem ()Residentes/alunos	23) Partograma aberto conforme protocolo: ()SIM ()NÃO Justifique: _____ 24) As recomendações da OMS CATEGORIA A: ()SIM ()NÃO Justificativa: _____ CATEGORIA B: ()SIM ()NÃO Justificativa: _____ CATEGORIA C: ()SIM ()NÃO Justificativa: _____ CATEGORIA D: ()SIM ()NÃO Justificativa: _____ Categoria A) Práticas que devem ser estimuladas *Plano de parto, oferecer líquidos por VO, respeitar escolha da mulher sobre local de parto, partograma. Categoria B) Práticas que devem ser eliminadas *Enema, tricotomia, infusão IV rotineira, toque retal, uso rotineiro da posição de litotomia, puxo dirigido, massagem do períneo no 2º estágio do TP Categoria C) Práticas sem evidências científicas *Amniotomia no 1º estágio, Manobra de Kristeller, manipulação ativa do feto ao nascimento, clampeamento precoce do cordão. Categoria D) Práticas utilizadas inadequadamente *Restrição hídrica e alimentar, utilização de equipamento estéril para atendimento ao parto, TV frequente, correção da dinâmica com ocitocina, adesão rígida ao tempo de duração do segundo estágio do parto, uso rotineiro de episiotomia. 25) Preciso de alguma medicação: ()SIM ()NÃO Qual: _____ Justificativa: _____	
ENFERMAGEM	ENFERMAGEM	ENFERMAGEM	PROFISSIONAL QUE ATENDEU O PARTO
MÉDICO OBSTETRA	MÉDICO OBSTETRA	MÉDICO OBSTETRA	

TIME OUT PARTO NORMAL		ANTES DA LIBERAÇÃO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO	
26) Checagem de itens importantes para o parto: () EPI () Caixa de parto () Álcool () Campo para RN () Kit cordão/bandeja parto () Compressa () Ocitocina aspirada () Sala do RN conferida	ENFERMAGEM	39) Pulseira de identificação na puérpera e no RN: () SIM () NÃO 40) Venóclise identificada (quando houver) () SIM () NÃO 41) Medicação identificada (quando houver) () SIM () NÃO 42) Puérpera e RN reavaliados após 1h do nascimento: () SIM () NÃO 43) Documentos preenchidos: () Partograma () Prescrição pós parto/pós CST () Rastreabilidade () Evolução de Enfermagem () Resultado de parto () Indicadores de assistência () Declaração de Nascido Vivo	ENFERMAGEM
TIME OUT CESÁREA			
27) Check list no quadro preenchido corretamente: () SIM () NÃO Justifique: _____ 28) Checagem de materiais realizada Compressas e instrumentais cirúrgicos completos: () SIM () NÃO	ENFERMAGEM		
APÓS O NASCIMENTO (via PN ou CST)			
29) Data e hora do nascimento: ___/___/___ às ___:___ 30) Via de parto: _____ 31) Profissional que atendeu: _____ 32) APGAR: 33) Parkin: 34) Administrada ocitocina IM conforme protocolo: () SIM () NÃO* *Justificativa: _____ 35) Dequitação: () Espontânea () Tração Manual Tempo: _____ Membranas íntegras () SIM () NÃO 36) Involução uterina: () Globo de Pinard () Atonia uterina 37) Avaliação do sangramento: () Lóquios fisiológicos () Hemorragia	PROFISSIONAL QUE ATENDEU O PARTO	Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
38) Parturiente com Fator Rh negativo? () SIM* () NÃO *Coletado sangue do cordão umbilical: () SIM () NÃO Justifique: _____	ENFERMAGEM		

BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO

Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

Plano de parto; avaliar os fatores de risco da gravidez; monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher; **oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto;** fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico; respeito ao direito da mulher à **privacidade no local do parto;** apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; **respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante** durante o trabalho de parto e parto; **oferecer às mulheres todas as informações** e explicações que desejarem; **não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor** durante o trabalho de parto e parto e **sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento;**





fazer monitorização fetal com ausculta intermitente; usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto; usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta; **liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto**; **estímulo a posições não supinas** (deitadas) durante o trabalho de parto e parto; monitorar o progresso do trabalho do parto, com **uso do partograma**; utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue; esterilizar adequadamente o corte do cordão; **prevenir hipotermia do bebê**; realizar precocemente **contato pele a pele** e examinar rotineiramente a placenta e as membranas.



CONDUTAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVERIAM SER ELIMINADAS

Uso rotineiro de enema; uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos; infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto; acesso venoso de rotina; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; exame retal; administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto;





uso rotineiro da posição de litotomia; esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo; **massagens ou distensão do períneo durante o parto; lavagem rotineira do útero depois do parto;** revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.



CONDUTAS SEM EVIDÊNCIA SUFICIENTE PARA FOMENTAR UMA RECOMENDAÇÃO E QUE, DEVERIAM SER USADAS COM PRECAUÇÃO, ENQUANTO PESQUISAS ADICIONAIS NÃO AS TORNAREM EVIDENTES

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa; uso rotineiro de amniotomia precoce (**romper a bolsa d'água**) durante o início do trabalho de parto; **pressão no fundo uterino** durante o trabalho de parto e parto; Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do feto no momento de nascimento; **utilização de ocitocina rotineira**, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação; **clampeamento precoce do cordão umbilical**; estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.



CONDUTAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO



Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto; controle da dor através de analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal; utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto; exames vaginais frequentes e repetidos; Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina; transferência rotineira da parturiente para outra sala; sondagem vesical; cesárea; uso liberal ou rotineiro de episiotomia e exploração manual do útero depois do parto.



Time out - Nascimento Seguro

Parto Normal

Em caso de Emergência ou Parto Expulsivo: Não se aplica



- Materiais necessários para o parto disponíveis (bandeja de parto, pega neném e compressa)
- Sala do RN e materiais para reanimação checados conforme protocolo
- Pulseira de identificação da mãe conferida
- Pulseira de identificação do RN conferida
- 10UI de Ocitocina aspirada e pronta para aplicação conforme protocolo institucional
- Admissão
- Testes rápidos
- Partograma

Equipe Responsável

Profissional que atendeu o parto médico(a) ou enfermeiro (a):

Médico pediatra: _____

Técnico (a) de enfermagem: _____

Legenda

S - Sim N - Não
NA - Não de Aplica



Time out - Nascimento Seguro

Procedimento cirúrgico



Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Prontuário: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Procedimento: _____

Alérgica à: _____

Cirurgião: _____

Anestesista: _____

Data: ____/____/____

Início: ____:____

Término: ____:____

Antes da indução anestésica

- Paciente na central de leitos
- Reserva de sangue
- Carro de anestesia checado
- Sala do RN checada
- Monitorização Adequada
- Antibioticoterapia durante a indução anestésica
- Via aérea difícil
- Isolamento

Antes da incisão cirúrgica

- Equipe cirúrgica na sala
- Equipamentos e materiais prontos
- Exame de Imagem
- Conferido nº de instrumentais

Total: _____

Após procedimento cirúrgico

- Contagem de compressas: _____
- Contagem de gases: _____
- Contagem de agulhas: _____
- Encaminhamento de anatomopatológico
- Sondas, drenos e acessos livres e indicados
- Algum material com problema

Legenda

S - Sim N - Não
NA - Não de Aplica

Responsável pelo painel: _____



AVANÇOS NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO PARANÁ

- Boas práticas do parto e nascimento em processo de implantação.
- Monitoramento de indicadores assistenciais.
- Comitê de Mortalidade Materno infantil.
- Redução da Mortalidade Materna e Infantil.
- Elaboração de protocolos, pops e manuais.
- Implantação, monitoramento e avaliação de indicadores.
- Capacitações.



DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DE MATERNIDADE SEGURA

- Trabalho em equipe
- Diretrizes baseadas em evidências
- Implantação de protocolos clínicos
- Check list de segurança
- Uso de Bundles
- Educação Permanente de toda equipe das maternidades
- Estrutura Física, equipamentos adequados
- Questão Cultural – resistência a mudança
- Compreensão dos gestores e equipe, quanto a importância do trabalho conforme evidências científicas e autonomia das mulheres no processo do nascimento.



DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA MATERNIDADE SEGURA

- Busca por instrumentos para motivar as maternidades a desenvolver processos, adequar estrutura, formar gestores e profissionais para buscar a acreditação como maternidade segura.
- Financiamento das maternidades x manutenção de um modelo sólido e humanizado.
- Apoio dos gestores pelos 3 níveis, conselhos de classe e Controle Social.





O acesso a serviços obstétricos bem estruturados e em tempo hábil é essencial para garantir um parto e nascimentos seguros.

(Lenice Reis)



REFERÊNCIAS

- ALSO Emergências médicas.
- BRASIL. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal**: segurança e Qualidade. ANVISA. Ministério da Saúde. Brasília. 2014.
- REIS, L.G.C. Maternidade segura. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.
- OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. 1996.
- Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no Atendimento ao Parto Normal.





OBRIGADA

tkindra@feaes.curitiba.pr.gov.br

