

Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar

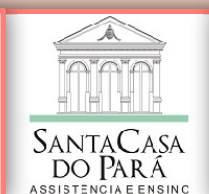
Marília Gabriela Queiroz da Luz

Gislânia Ponte Francês Brito

Nara Macedo Botelho



**BELÉM-PARÁ
XIMANGO
2018**



Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar

Marília Gabriela Queiroz da Luz
Gislânia Ponte Francês Brito
Nara Macedo Botelho

BELÉM-PARÁ
2018

Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Gislânia Ponte Francês Brito

Nara Macedo Botelho

Direitos de cópias

Copyright 2018© por / by / Mestrado CIPE / CCBS / UEPA. Belém, Pará, Brasil

Editoração eletrônica

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Ficha catalográfica

Todos os direitos autorais estão reservados e protegidos pela lei nº 9610 de 19 de Fevereiro de 1998.

Marília Gabriela Queiroz da Luz, Gislânia Ponte Francês Brito, Nara Macedo Botelho

Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar / Marília Gabriela Queiroz da Luz, Gislânia Ponte Francês Brito, Nara Macedo Botelho

ISBN: 978-85-69835-34-9. Editora Ximango

DIREITOS

“Este Livro é produto de tese desenvolvida no Programa de
Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental,
Programa credenciado pela CAPES”

REPRODUÇÃO PROIBIDA

Nenhuma parte desta obra, ou sua totalidade poderá ser reproduzida sem a permissão por escrito dos autores, quer por meio de fotocópias, fotografias, “scanner”, meios mecânicos e/ou eletrônicos ou quaisquer outros meios de reprodução ou gravação. Os infratores estarão sujeitos a punição pela lei 5.988, de dezembro de 1973, artigos 122-130 e pela lei do Direito Autoral, nº 9.610/98.

Direitos de cópias / Copyright 2018©
por / by / Mestrado CIPE / CCBS / UEPA
Belém, Pará, Brasil





Organizadora, Autora e Revisora

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7318301499873546>

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (2004), Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (2007). Atualmente, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, é presidente do comitê de mortalidade materna, gerente da maternidade e responsável pela assistência às mulheres com doença trofoblástica gestacional, além de professora assistente da Universidade Federal do Pará.



Co-Autora

Gislânia Ponte Francês Brito

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9655868593345741>

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (2005). Atualmente é médica tocoginecologista da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Fez pós-graduação em medicina do trabalho pela Universidade do Estado do Pará. Tem experiência na área de ginecologia e obstetrícia e em medicina do trabalho. Mestranda da Universidade do Estado do Pará no Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.



Autora

Prof. Dr.ª Nara Macedo Botelho

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5088569652644480>

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1985), Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Universitário de Brasília-DF (1986), mestrado em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo (1996), doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo (2000), pós-doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de São Paulo (2015). Atualmente é professora Titular da Universidade Federal do Pará, professora Titular em ginecologia da Universidade do Estado do Pará, professora convidada do Centro Universitário do Estado do Pará, consultor ad hoc da Fundação de Apoio e Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do MS, consultor ad hoc da Universidade do Grande Rio, consultora ad hoc da Universidade Federal de Viçosa, consultor ad hoc da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, consultor ad hoc da Universidade Federal de São Carlos, conselheiro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Tocoginecologia, atuando principalmente nos seguintes temas: ginecologia e obstetrícia, cirurgia e pesquisa experimental, metodologia científica, educação em saúde, educação superior.



Revisor

Prof. Dr. Marcus Vinícius Henriques Brito

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1180984403274256>

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984), Mestrado (1996) e Doutorado (2000) em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é Prof. Titular da Universidade do Estado do Pará; Coordenador dos Mestrados Profissionais da Área de Medicina III da CAPES; Avaliador de Cursos, IES e do "Programa Mais Médicos" pelo MEC e Avaliador internacional pelo ARCU-SUR; professor convidado da Universidade Estadual de Campinas; Presidente da Regional Pará da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Pesquisa em Cirurgia; Prof. Associado Doutor da Universidade Federal do Pará; membro efetivo da Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva, Editor Chefe da Para Research Medical Journal - Santa Casa de Misericórdia do Pará e Editor associado da Acta Cirúrgica Brasileira; consultor "ad hoc" da Universidade Federal do Paraná; Diretor clínico - Clínica Unigastro Pará Ltda; Revisor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Revista de Ciências Médicas; Delegado efetivo junto a AMB da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará; Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA; professor convidado da pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso; professor convidado da Universidade Federal de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia Experimental e Gastroenterologia, atuando principalmente nos seguintes temas: ratos, clínica cirúrgica, Choque, Transplante hepático, Síndrome de isquemia-reperfusão e ensino e educação médica.

COLABORADORES

Mariseth Carvalho de Andrade

Possui graduação em Bacharelado em Estatística pela Universidade Federal do Pará. Atualmente é estatutário estável da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, estatutário estável-professora de matemática - Secretaria de Estado de Educação do Pará e professor do Centro Universitário do Estado do Pará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia e Bioestatística

Brenda Diniz Rodrigue

Médica Ginecologista e Obstetra. Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Pará. Residência Médica pelo Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros - São Paulo. Residência Médica em Endoscopia Ginecológica pela Universidade Federal de São Paulo (2015). Mestrado profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental na Universidade do Estado do Pará (2016-2018) Professora convidada do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Luiza Renata Bentes

Médica Ginecologista e Obstetra. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Residência Médica pelo Hospital Ordem Terceira. Chefe de plantão da Fundação Santa casa de Misericórdia do Pará

Realização



Mestrado CIPE cirurgia e pesquisa experimental

Reitor	Rubens Cardoso
Vice-Reitor	Clay Anderson Chagas
Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação	Renato da Costa Teixeira

XIMANGO	Editora
----------------	----------------

Coordenador e Editor Chefe	Francisca Regina Oliveira Carneiro
Conselho Editorial	Francisca Regina Oliveira Carneiro Leonardo Augusto Carneiro Carvalho

NORMALIZAÇÃO E REVISÃO	CAPA
Prof. Dr. Marcus Vinícius Henriques Brito	Marília Gabriela Queiroz da Luz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar. Marília Gabriela Queiroz da Luz; Gislania Ponte Francês Brito; Nara Macedo Botelho — Belém, 2018.

ISBN: 978-85-69835-34-9

PREFÁCIO

Porque um momento tão importante na vida de uma mulher também pode representar um desafio para sua sobrevivência?

Planejar um filho, viver a gravidez, parir e então ser uma puérpera com seu rebento nos braços, é uma estrada perfeita para muitas mulheres. No entanto este caminho pode ter muitos desvios potencialmente fatais. Condições adversas podem comprometer a gravidez mesmo antes da concepção, doenças pré-existentes não controladas, dificuldade de acesso à serviços de saúde, precariedade sanitária, violência doméstica...entre tantos outros fatores. Portanto chegar ao hospital em trabalho de parto com o filho vivo já é uma vitória, mas de forma alguma será o fim do desafio de permanecer viva para educá-lo e vê-lo crescer. A internação hospitalar poderá trazer grandes benefícios à paciente e muitas vezes representar a sua salvação. No entanto a complexidade nos processos de trabalho dentro de um hospital pode contribuir para falhas na assistência e colocar em risco a paciente, não importa o quanto a equipe esteja bem intencionada e dedicada.

Uma assistência rápida, oportuna e de qualidade são fatores determinantes para o desfecho favorável da gravidez. Mas para oferecer este tipo ideal de assistência é necessário primeiramente entender porque algumas vezes ela não acontece. Assim, apesar de ser um evento trágico, o óbito materno também deve servir de aprendizado, entender porque ele ocorreu e como poderíamos tê-lo evitado é fundamental para prevenir futuros óbitos.

A gravidez, o parto e o puerpério são, sem dúvida, momentos de grande felicidade, desejados e planejados por muitas mulheres e suas famílias, devendo ser vividos em toda sua plenitude.

Dra Rosângela Brandão Monteiro
Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

DEDICATÓRIA

A Deus por permitir que meus caminhos me conduzissem a essa missão tão gratificante, combate ao óbito materno, junto a pessoas inteiramente comprometidas.

À toda equipe assistencial, de gestores e do comitê de mortalidade materna da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sem os quais não seria possível ter tido toda a experiência que culminou com a elaboração deste manual.

À minha família por toda compreensão e apoio, em particular à razão do meu viver, minha filhinha Beatriz, e ao meu esposo amado Júnior.

Às gestantes e puérperas de toda minha vida profissional por terem me ensinado tanto.

Especialmente à Dra Nara Botelho por toda orientação e por ser uma mentora incrível e excepcional, um exemplo a ser seguido.

Em especial também à Dra Rosangela Brandão por ter proporcionado a oportunidade deste estudo, com seu olhar de quem sabe que o melhor caminho é sempre a educação.

Marília Gabriela Queiroz da Luz

ÍNDICE

1.História do combate à mortalidade materna	12
2.Óbito materno: o que, por que e como evitar	17
2.1-Modelo dos três atrasos	17
2.2-Fatores determinantes para um desfecho favorável	18
3.Conceitos básicos para a análise do óbito materno	20
4.Fluxo de trabalho no combate à mortalidade materna	23
4.1-Direcionar a informação.	24
4.2-Identificar e comunicar o evento adverso.	24
4.3-Fazer análise inicial.	24
4.4-Realizar a Investigação propriamente dita.	25
4.5-Promover a tempestade de idéias.	25
4.6-Comunicar os gestores.	25
4.7-Trabalhar em equipe.	26
5.Análise do óbito materno	28
5.1-Passo 1: Identificar a ocorrência	28
5.2-Passo 2: Identificar a paciente	29
5.3-Passo 3: Cronologia	29
5.4-Passo 4: Determinar fatores contribuintes e causa raiz	29
5.5-Passo 5: Elaborar plano de ação.	37
5.6-Passo 6: Informar os gestores.	39
6.Segurança do paciente	41
6.1-Construir a cultura de segurança.	42
6.2-Liderar e dar apoio à equipe.	42
6.3-Integrar as atividade de gestão de risco.	43
6.4-Incentivar a notificação.	43
6.5-Envolver os pacientes e o público.	43
6.6- Aprender e compartilhar.	43
6.7- Implementar soluções para prevenir os danos.	44
7.Equipe de alto desempenho	49
7.1- Estrutura da equipe multidisciplinar.	49
7.2-Liderança.	51
7.3-Monitoramento da situação.	52
7.4-Suporte mútuo.	53

7.5-Comunicação.	53
8-Gestão de combate à mortalidade materna	55
8.1-Organização	56
8.2-Identificação de prioridades	56
8.3-Avaliação de Desempenho	58
8.4-Coleta de dados, análise e compartilhamento de informações.	58
8.5-Ações para melhoria da qualidade assistencial.	58
8.6-Gerenciamento da Qualidade.	60
8.7-Medidas para segurança do paciente.	60
8.8-Gestão de pessoal.	60
8.9-Transporte adequado de pacientes.	61
8.10-Prevenção e controle de infecção.	61
8.11-Inclusão de acompanhantes no processo de assistência.	61
8.12-Classificação de risco.	61
8.13-Adoção de normas técnicas vigentes.	64
9. Empoderamento da parturiente e acompanhante	65
10. Estratégias de combate ao óbito materno no hospital	69
11.Comitê de mortalidade materna da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	90
11.1-Metas	91
11.2- Membros.	91
11.3-Regimento Interno	91
11.4-Estratégias	91
11.5-Fluxo de trabalho do comitê	92
Apêndice e Anexos	94
APÊNDICE A:	95
Exemplo de formulário de investigação do óbito materno	95
APÊNDICE B:	97
Exemplo de Planilha de arquivamento de dados	97
APÊNDICE C:	98
Modelo de regimento interno do comitê de mortalidade materna	98
ANEXO A- Ficha de investigação do óbito materno	102
ANEXO B	106
Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal	106
ANEXO C:	129
Normas da RDC 63/2011	129

Lista de Abreviaturas

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ACOG – *The American College Of Obstetricians and Gynecologist*

AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*

CID: Código Internacional de doenças

CMM: comitê de mortalidade materna

D.O.: declaração de óbito

FSCMP: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

MS: Ministério da Saúde

NPSA: *National Patient Safety Agency*

NSP: núcleo de segurança do paciente

NV: Nascidos vivos

RMM: Razão de Mortalidade Materna

OMS: Organização Mundial de Saúde

TFD: tratamento fora do domicílio

CMM: comitês de morte materna

DO: declaração de óbito

1. História do combate à mortalidade materna

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Brenda Diniz Rodrigues

Mariseth Carvalho de Andrade

No início do século XXI mortalidade materna já era uma séria preocupação entre os especialistas em saúde pública e ainda hoje suas altas taxas representam um desafio à humanidade. A sub-priorização de serviços que apenas as mulheres necessitam e a falta de mecanismos de responsabilização para responder às mortes maternas representam o cerne dos demais fatores que contribuem para o grande número de óbitos evitáveis no mundo ^{1, 2}.

Os comitês de mortalidade materna, por avaliarem a causa raiz e criar estratégias de combate ao óbito representam um importante instrumento para a redução da mortalidade materna. Os primeiros comitês conhecidos foram criados na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte. Mas a experiência internacional mais conhecida acabou sendo a do Reino Unido. Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram em 1952 a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas capazes de prevenir os óbitos. E foi tão positivo que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios ³.

No Brasil, a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde, vem implantando os comitês estaduais de morte materna, mas foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil. Em 2005, estavam implantados os 27 comitês estaduais, 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares. Apesar de constituir estratégia bem aceita por todos os estados brasileiros, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos. Isso indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade ³.

No dia 5 de Junho de 2008, a portaria Nº 1.119, regulamenta a vigilância de óbitos maternos no Brasil ³. Mas muitos desafios à vigilância e assistência obstétrica ainda se apresentam desde então.

O Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU) destacou a mortalidade materna como uma questão que não se refere apenas ao desenvolvimento, mas também aos direitos humanos. No ano de 2000, os líderes mundiais reuniram-se nas Nações Unidas para definir uma visão abrangente para combater a pobreza nas suas

várias dimensões, nesta reunião surgiram os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre eles estava melhorar a saúde materna e reduzir a razão da mortalidade materna em todo o mundo em três quartos entre 1990 e 2015 ⁶. Contudo, os progressos neste sentido têm sido lentos ⁷.

Em agosto de 2011, o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, (CEDAW), tornou-se o primeiro órgão de direitos humanos da ONU a emitir Uma decisão sobre a mortalidade materna. No caso de Alyne da Silva Pimentel, uma mulher brasileira de ascendência africana que morreu de causas relacionadas à gravidez depois que seu centro de saúde local diagnosticou seus sintomas e atrasou o fornecimento de cuidados obstétricos de emergência. Sua mãe levou o caso ao Comitê da CEDAW, argumentando que as autoridades nacionais não haviam feito nenhum esforço para estabelecer a responsabilidade profissional e que ela não tinha conseguido obter justiça no Brasil. A morte de Alyne exemplifica circunstâncias que são muito comuns em todos os lugares: as mortes maternas evitáveis parecem estar concentradas entre grupos marginalizados de mulheres e são marcadas por uma falta de responsabilidade ⁶.

O Comitê então formulou várias recomendações gerais destinadas a reduzir as mortes maternas evitáveis. Eles eram: 1- garantir o direito das mulheres à maternidade segura e acesso a cuidados obstétricos de emergência a preços acessíveis; 2- proporcionar formação profissional adequada aos profissionais de saúde; 3- Assegurar que os estabelecimentos privados de cuidados de saúde cumpram as normas nacionais e internacionais em matéria de saúde reprodutiva; 4- implementar o Pacto Nacional Brasileiro para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que inclui o estabelecimento de mais comitês de mortalidade materna para monitorar as mortes maternas; 5- assegurar o acesso das mulheres a remédios efetivos quando seus direitos reprodutivos foram violados. O Comitê também recomendou que o Brasil conceda à família de Alyne uma reparação, incluindo uma compensação monetária ⁶.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota os seguintes pontos de corte para a RMM ⁸:

- Menor que 20 para cada 100 000 NV: Baixa (Aceitável);
- Entre 20 e 50: Média;
- Entre 50 e 150: Alta;
- Maior que 150: Muito alta.

Segundo relatório das Nações Unidas de 2015 os seguintes avanços na qualidade da saúde materna foram alcançados ⁶:

- Desde 1990, o razão de mortalidade materna (RMM) diminuiu em 45% a nível mundial, e a maioria da redução ocorreu desde 2000.
- No Sul da Ásia, o razão de mortalidade materna diminuiu em 64% entre 1990 e 2013, e na África Subsaariana caiu em 49%.
- Em 2014, mais de 71% dos partos a nível mundial foram assistidos por pessoal de saúde qualificado, um aumento em relação aos 59% de 1990.
- No Norte de África, a proporção de mulheres grávidas que foram a quatro ou mais consultas pré-natais aumentou de 50% para 89% entre 1990 e 2014.

- A prevalência de contraceptivos entre as mulheres com 15 a 49 anos, casadas ou em união de facto, aumentou de 55% em 1990 para 64% em 2015 a nível mundial.
- Na America Latina a mortalidade materna evolui com redução de 40% entre 1990 e 2014.

No Brasil também houve evolução. Conforme dados da Rede Interagencial de Informações para a saúde (RIPSA) a RMM no Brasil passou de 143,2 para cada 100 000 nascidos vivos (NV) em 1990 para 60,9 em 2013 e 58,4 em 2016 ⁸. Em um artigo publicado em 2014 a RMM no Pará caiu de 52,4 para cada 100 000 NV em 2006 para 51,9 em 2010 ⁹. Segundo banco de dados do comitê de mortalidade materna da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) a RMM no hospital caiu de 53,5 para cada 10 000 NV em 2013 para 23,5 em 2016.

Portanto, foram feitos progressos significativos, mas que ficaram aquém dos objetivos e metas globais, o que traz à tona a idéia de que maiores esforços são necessários no combate à mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, Mr Paul Hunt. A/61/338. United Nations, New York; 2006.
2. Ely Yamin, A. Towards transformative accountability: applying a rights-based approach to fulfill maternal health obligations. *Sur Int J Human Rights*. 2010. Nação Unidas. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2015.
3. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008.
4. WHO. Maternal mortality and human rights: landmark decision by United Nations human rights body. *Bull World Health Organ* 90(2): 79–79A, 2012.
5. WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund), Revised 1990 estimates of Maternal Mortality, 1996. Rede Interagencial de Informações para a saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2013. <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ibd2013/matriz.htm#mort> (acessado em 02/03/2017).
6. Resolution 18/2. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. *18th session of the Human Rights Council – resolutions, decisions and President's statements* Geneva: UN Human Rights Council; disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/LTD/G11/162/25/PDF/G1116225.pdf?OpenElement> (acessado em 10 Janeiro 2017).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Capítulo 2: Mortalidade materna. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde p. 9-18, 2007

8. RIPSa — Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Fichas de qualificação do indicador, razão de mortalidade materna. disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/C.3>, acessado em 07/09/2017.
9. Botelho, N. M. et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet., 2014.

2. Óbito materno: o que, por que e como evitar

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Brenda Diniz Rodrigues

Mariseth Carvalho de Andrade

Considera-se óbito materno a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gestação, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a essa, porém não devido a causas acidentais ou incidentais ¹.

2.1-Modelo dos três atrasos

Para elaborar estratégias de combate à morte materna é preciso inicialmente entender o que torna a mulher tão vulnerável no ciclo gravídico puerperal. Um bom ponto de partida para esse entendimento é o modelo dos três atrasos proposto por Thaddeus S., Maine D. em 1994 ² (quadro 2.1).

ATRASOS	Principais Factores
PRIMEIRO ATRASO: Atraso na Decisão em Procurar os Serviços de Saúde	Baixo nível sócio-económico Casamentos prematuros e gravidez na adolescência; Desconhecimento dos sinais de alerta para complicações da gravidez, parto e puerpério Tabús, crenças e práticas tradicionais prejudiciais em relação ao parto
SEGUNDO ATRASO: Atraso em Chegar à Unidade Sanitária	Grandes distâncias até à Unidade Sanitária mais próxima. Falta de meios de transporte. Falta de estradas ou estradas intransitáveis. Disponibilidade financeira e custos do transporte.
TERCEIRO ATRASO: Atraso em Receber os Cuidados Apropriados que a Mulher Precisa	Falta de Unidades Saúde. Falta de leitos nas maternidades. Baixa qualidade dos cuidados prestados nas maternidades. Falta de pessoal qualificado para prestar os cuidados. Falta de medicamentos, materiais e equipamentos necessários. Falta ou insuficientes meios de transporte para transferências entre maternidades periféricas e maternidades de referência. Peregrinação excessiva devido aos fatores acima

Quadro 2.1- Modelo dos três atrasos para o atendimento da gestante e puérpera.

Fonte: adaptado de Thaddeus S, Maine D, 1994

Por meio deste entendimento é possível traçar os fatores determinantes para um desfecho gestacional favorável (quadro 2.2):

2.2-Fatores determinantes para um desfecho favorável

Iniciais	Intermediários	Finais
Educação	-Empoderamento de pacientes, familiares e acompanhantes	-melhor controle de fecundidade; -procura de serviço de saúde em momento oportuno; -diminuição de práticas prejudiciais ao parto e puerpério (ex: “puxar a barriga”) -maior consciência de seus direitos, com melhor chance de tê-los respeitados; -melhor relação com a equipe de saúde através da compreensão das condutas assistenciais.
Políticas públicas para justiça social	-Melhor distribuição de renda; -Maiores oportunidades de emprego; -Transporte público adequado; - Pavimentação das vias de acesso às unidades de saúde; -Facilidade de acesso ao programa de tratamento fora do domicílio (TFD); -Ambulâncias em quantidade e qualidade adequadas; -Aumento do número de leitos de obstetrícia; -Maior número de maternidade em regiões periféricas e interiores.	-Acesso mais rápido às unidades de saúde; -Menor peregrinação; -Transporte adequado e especializado entre as unidades de saúde
Pré-natal com gestão de excelência	-Implantação de protocolos assistenciais; -Infra-estrutura adequada para seguir os protocolos; -Vinculação da paciente ao local do parto;	-profilaxia de complicações gravídicas -identificação precoce de fatores de risco gestacionais; -tratamento precoce de morbididades; -encaminhamento precoce para serviços de referência; -ausência de peregrinação da paciente vinculada ao local do parto.
Local de parto com gestão de excelência	-Implantação de protocolos assistenciais; -Implantação de critérios de internação e alta; -Infra-estrutura adequada para seguir os protocolos; -Educação continuada; -Implantação de protocolos operacionais padrão; -Canal de comunicação entre setores estratégicos: comitês de mortalidade, gerência de risco, estatística, corpo clínico, gerência de risco, demais gestores; -Comitês de mortalidade materna atuantes no diagnóstico e combate do óbito obstétrico. -Canal de comunicação entre serviços de origem e local onde ocorreu o óbito materno.	-profilaxia de complicações no ciclo gravídico-puerperal; -identificação precoce de fatores de risco no ciclo gravídico-puerperal; -tratamento precoce de morbididades; -leito sempre para pacientes vinculadas; -parto seguro e aborto seguro; -Identificação das fragilidades do serviço e implantação de estratégias para combatê-las; -Identificação dos fatores que contribuíram para o cada óbito individualmente e criação de estratégias para que ninguém mais faleça pela mesma causa raiz;
Ambulatório de egresso para puérperas funcionante	-Implantação de protocolos assistenciais; -Infra-estrutura adequada para seguir os protocolos; -Educação continuada;	-profilaxia de complicações puerperais; -identificação precoce de fatores de risco no ciclo puerperais; -tratamento precoce de morbididades

Quadro 2.2- fatores determinantes para um desfecho gestacional favorável.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

O aumento da qualidade da atenção obstétrica e a redução das desigualdades a que as mulheres estão sujeitas são itens fundamentais para que o mundo continue a reduzir mortalidade materna ³. Assim, fortalecer a qualidade da atenção do pré-natal, parto e puerpério e combater abusos de diferentes tipos contra a mulher durante a assistência são essenciais não apenas para produzir desfechos maternos saudáveis, mas também para assegurar que as instituições de saúde sigam sendo uma opção segura e atraente para as gestantes e suas famílias no Brasil e no mundo ⁴.

REFERÊNCIAS

1. *Assembleia Mundial de Saúde*. 10.^a Revisão da Lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), *Genebra*, 1990.
2. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* ; ELSEVIER. vol. 38, p.1091-110, 1994.
3. United Nations. Every Woman Every Child. [Internet]. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) [Internet]. New York: United Nations; 2015
4. Souza J.P.. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP –2015

3. Conceitos básicos para análise do óbito materno

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Brenda Diniz Rodrigues

Mariseth Carvalho de Andrade

O conceito de morte materna pode ser descrito como o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gestação, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a essa, porém não devido a causas acidentais ou incidentais ¹. Para facilitar o entendimento da análise do óbito e a comunicação entre diversas entidades é necessário conhecer também alguns conceitos básicos a seguir ^{2,3}:

3.1-Mortes por causas maternas

Causas maternas de óbito são aquelas descritas no Capítulo XV da CID 10 (Código Internacional de doenças), sobre complicações de gravidez, parto e puerpério (Anexo A).

3.2-Morte Materna Obstétrica direta

Óbito materno por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

3.3- Morte materna obstétrica indireta

Óbito materno decorrente de doenças não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

3.4-Morte materna não obstétrica

É aquela que resulta de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo.

3.5-Morte Materna Tardia

É a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

3.6-Morte Materna Declarada

A morte materna cujas informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificá-la como óbito como materno.

3.7-Morte Materna não Declarada

Aquela cujas informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

3.8-Morte Materna Presumível ou Mascarada

É considerada morte materna mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Dessa forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão “morte materna mascarada”. Um exemplo comum refere-se à ocorrência do óbito da mulher internada na UTI, em cuja DO só há registro de uma causa terminal e não há registro da causa básica. Isto poderia ser evitado se, quando do preenchimento dessa declaração, fosse consultada a equipe que fez o acompanhamento obstétrico.

REFERÊNCIAS

1. *Assembleia Mundial de Saúde*. 10.^a Revisão da Lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), *Genebra*, 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno /

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

4. Fluxo de trabalho no combate à mortalidade materna

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Gislânia Ponte Francês Brito

Nara Macedo Botelho

Mariseth Carvalho de Andrade

A questão da segurança do paciente tornou-se fundamental nos processos de melhoria da qualidade assistencial. Este fenômeno teve início após a publicação dos estudos de BRENNAN e LEAPE em 1991 realizado nos Estados Unidos, cujos resultados demonstraram que 3,7% dos pacientes hospitalizados sofreram algum evento adverso, entre eles o óbito ^{1,2}. Posteriormente, vários outros estudos foram publicados na literatura internacional demonstrando a eficácia da implantação de sistemas de segurança do paciente em instituições de saúde ³.

Em 1999 o *Institute Of Medicine* publicou o relatório *Errar é Humano* afirmando que erros no processo assistencial causavam a morte evitável de 44.000 a 98.000 pessoas por ano nos Estados Unidos. O relatório também descreveu que os erros não foram provocados por médicos ou enfermeiras descuidados mas por deficiência dos sistemas, estabelecendo que os eventos adversos preveníveis poderiam ser reduzidas em 90% através da correção desses sistemas ⁴.

A gravidez e o nascimento, na maioria das vezes, ocorrem sem intercorrências, porém sabe-se que em muitos casos surgem complicações, desde as mais simples até as mais graves que podem ameaçar as vidas da mãe e do conceito ³. Portanto, as estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal devem incluir todas aquelas voltadas à assistência aos pacientes em geral assim como estratégias específicas para esse grupo. Dentre essas estratégias destacam-se ⁵:

- treinamento individual e em equipe dos provedores de cuidado;
- simulações;
- desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem;
- uso da tecnologia da informação;
- educação e rondas de segurança.

Essas atividades e ferramentas podem ser utilizadas tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial, devendo ser adaptadas às necessidades de cada serviço. Implantar

e desenvolver tais instrumentos de melhoria em um hospital é uma tarefa complexa e laboriosa que requer um sistema de identificação e análise de problemas eficaz, além de um esforço conjunto intersetorial para elaborar e implantar as ações corretivas ³. Tendo como fundamento a literatura científica e experiências exitosas já conhecidas propõe-se o seguinte sistema de trabalho concatenado para o combate ao óbito materno no âmbito hospitalar:

4.1-Direcionar a informação.

Todas as declarações de óbito (D.O.) devem ser encaminhadas para um único setor, preferencialmente o núcleo de segurança do paciente (NSP).

4.2-Identificar e comunicar o evento adverso.

Deve haver um profissional de saúde treinado para ler todas as D.O. e identificar os óbitos maternos. Este profissional terá como função comunicar um membro do comitê de mortalidade materna (CMM), geralmente o (a) secretário (a), sobre todos os casos de óbito materno, mesmo aqueles considerados tardios ou de causas incidentais.

4.3-Fazer análise inicial.

O membro do CMM que recebe a comunicação do óbito irá acionar outros membros do comitê e os gestores (minimamente diretor clínico e gerente da maternidade) para uma análise inicial do caso junto a equipe assistencial. É importante que haja ao menos um obstetra participando desta investigação. Dependendo do quadro clínico que antecedeu o óbito poderão ser necessários outros especialistas. Neste momento defini-se as medidas emergenciais a serem tomadas além de oportunizar aprendizado à todos, gestores e equipe assistencial.

Esta etapa deve ser conduzida pelo gestor local e realizada preferencialmente em até 24 horas após a ocorrência do óbito materno, podendo trazer importantes informações que não constam em prontuário, mas são verbalizadas por profissionais e familiares. Pode-se dizer que é a “*etapa quente*” da investigação, por ocorrer no calor dos acontecimentos.

Todas as informações coletadas neste momento deverão ser encaminhadas por escrito ao CMM em formulário padronizado pelo serviço que deve conter minimamente resposta aos seguintes questionamentos:

- Causa do óbito na análise inicial?
- Óbito evitável?
- Houve falha de processo de trabalho? qual?
- Houve falha de comunicação? entre quais membros ou setores?
- Os protocolos clínicos institucionais foram aplicados corretamente?
- Houve falha de liderança? que liderança?
- Houve falha de gestão? descrever.
- A demanda de pacientes excedia a capacidade da equipe que no momento do óbito?
- O profissional que prestou assistência estava fatigado? por carga excessiva de trabalho ou por horas excessivas?

- Algum fator no ambiente físico de trabalho pode ter contribuído para o óbito? Qual?
- É possível identificar outros fatores predisponentes? quais?
- A família acrescentou alguma informação sobre o paciente que possa ter contribuído para o óbito?

4.4-Realizar a Investigação propriamente dita.

Inicia-se então a investigação minuciosa, na qual todas as informações serão analisadas em busca de fatores predisponente e ações corretivas. Pode ser chamada de “*etapa morna*” da investigação, por ocorrer em maior intervalo temporal e com profunda reflexão, sem a ebulição dos primeiros momentos, devendo ser realizada pelo CMM.

Durante esta etapa os dados são obtidos por meio de prontuário, livros de registro, entrevistas com familiares e membros da equipe assistencial. São preenchidos três documentos: 1- formulário de investigação do óbito materno escolhido pelo comitê, (Apêndice A), a partir do qual serão elaborados os planos de ação; 2-ficha avaliação do óbito materno do Ministério da Saúde (Anexo B), que será encaminhado para o núcleo de epidemiologia, que iniciará os procedimentos para que esse instrumento chegue aos órgãos competentes do MS; 3- Planilha de arquivamento de dados (Apêndice B), que será usada a cada trimestre, semestre e ano para elaboração de relatórios encaminhados para os gestores.

4.5-Promover a tempestade de idéias.

Estando com o formulário de investigação do óbito materno preenchido até o item da cronologia reúnem-se o CMM e a gerência de risco (ou NSP) com o objetivo de identificar problemas na assistência, são os fatores contribuintes e as causas raiz do trágico evento adverso. Nesta etapa também busca-se possíveis soluções para cada problema encontrado. Tais soluções surgem após ampla discussão e podem advir da experiência dos membros, assim como de experiências exitosas já conhecidas ou de evidências publicadas na literatura. Após escolher as possíveis soluções inicia-se a elaboração de planos de ação, os quais ainda serão complementados por gestores em futura reunião. A depender das ações corretivas escolhidas durante este processo determina-se quais gestores serão informados.

4.6-Comunicar os gestores.

O CMM deve realizar uma reunião com os gestores envolvidos nas possíveis soluções, preferencialmente com a diretoria e o NSP, para complementar e determinar quais planos de ação serão executados.

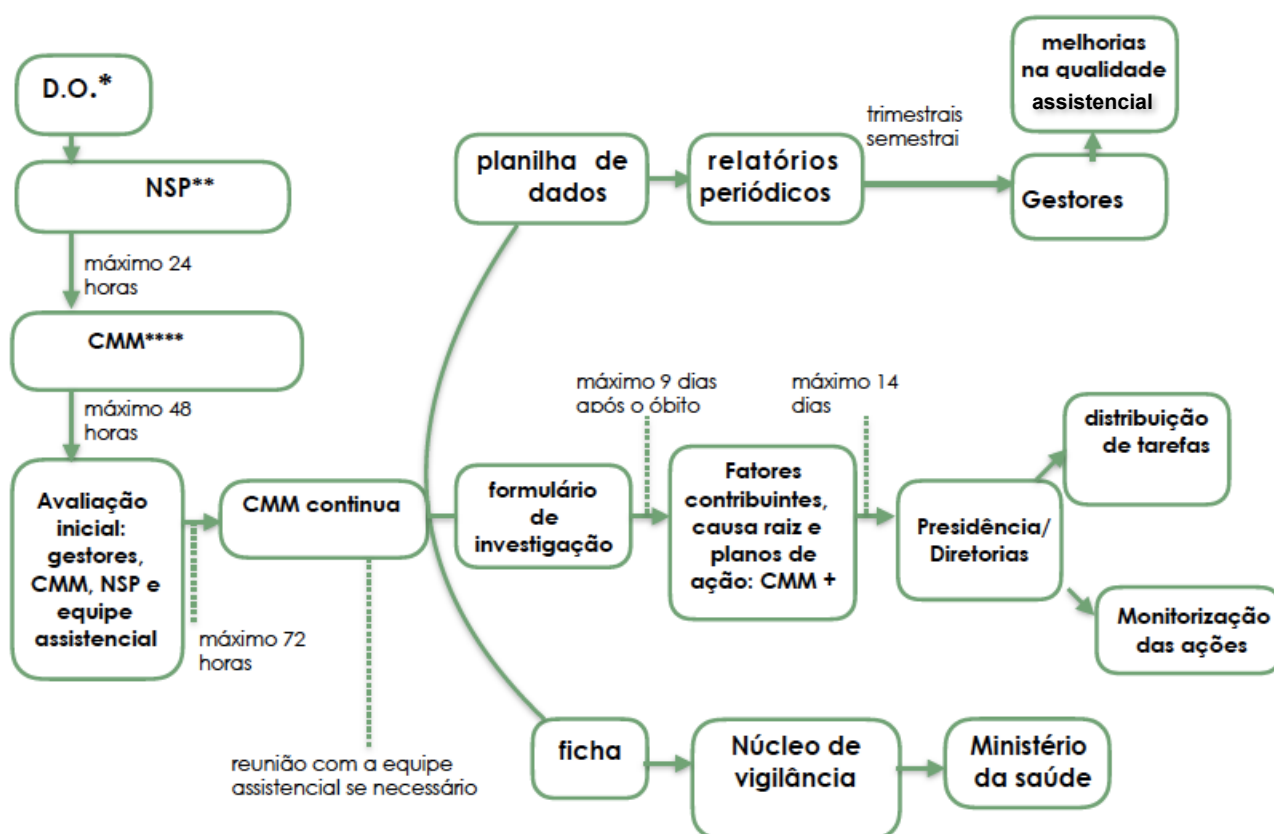
Outra importante ferramenta de comunicação são os relatórios aos gestores. A periodicidade e as informações contidas nos relatórios devem ser padronizadas de acordo com a necessidade de cada serviço e com a disponibilidade de tempo que o gestor estiver disposto a ofertar aos membros do CMM. Sugere-se relatórios minimamente semestrais e pelo menos com as seguintes informações:

- Número de óbitos maternos no período analisado e número de óbitos excluídos por serem tardios, violentos ou acidentais, sempre comparando com períodos anteriores equivalentes (anos, semestres ou meses)
- Lista de pacientes em ordem cronológica caracterizadas pelo registro, nome, data do óbito, procederia, residência, causa do óbito em declaração de óbito e após análise.
- Razão e Taxa de mortalidade materna, sempre comparando com períodos anteriores equivalentes (anos, semestres ou meses).
- Dados estatísticos discriminados em gráficos ou tabelas conforme a necessidade do serviço: faixa etária; tempo de espera (por leito na maternidade, por leito na UTI, por atendimento inicial, por exame complementar, por procedimento, etc.); número de consultas pré-natais; evitabilidade, classificação em direto e indireto; tempo entre internação e óbito; via de parto, entre outros.
- Identificar os principais fatores predisponentes e causas raízes.
- Sugerir planos de ação.

4.7-Trabalhar em equipe.

Os diretores se encarregam de transmitir as informações à todos os responsáveis pela execução nos planos de ação, devendo possuir meios para monitorar sua implementação. Além disto deve-se criar mecanismos para que a Presidência do hospital acompanhe ou participe ativamente desta etapa, que terá sucesso apenas se o trabalho em equipe estiver bem estruturado.

Um esquema de fluxo de trabalho é sugerido na figura 4.1. Ao executá-lo deve-se ter a consciência de que todo este processo precisa culminar em ações corretivas, que representem barreiras para a recorrência de fatores contribuintes e causa raiz ^{5,6}. Em outras palavras: um óbito materno é um evento trágico, devendo ser minuciosamente estudado para gerar o máximo de conhecimento e ações capazes de evitar que outra mulher venha a falecer pelos mesmos motivos.



D.O.*: declaração de óbito; NSP**: núcleo de segurança do paciente; CMM****: comitê de mortalidade materna

Figura 4.1- Fluxo de trabalho do comitê de mortalidade materna

Fonte: LUZ MGQ, 2018

REFERÊNCIAS

- 1.BRENNAN, T. A. et all. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N. Engl. J. Med. v. 324, p. 370-6, 1991.
- 2.LEAPE, L. L. et all. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N. Engl. J. Med. v.324, p.377-84, 1991.
- 3.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. p. 53-82, 2014.
- 4.KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human. Building a Safer Health System. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, e-book Kindle, 2000.
- 5.ENNEN, C. S., SATIN, A. J. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetrical-outcomes-through-safety-sciences>. Acesso em: 5/5/2017.

5. Análise do óbito materno

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Gislânia Ponte Francês Brito

Nara Macedo Botelho

Ao se analisar um óbito materno deve-se ter consciência de que a intenção deste processo é assegurar uma investigação minuciosa e coerente deste evento trágico, com o objetivo primordial de reduzir, sempre que possível, danos graves às mulheres e, em última instância, reduzir a taxa de mortalidade materna ¹.

Análise de Causa Raiz é um processo de investigação estruturado, baseado em evidências, que utiliza ferramentas e técnicas para identificar as verdadeiras causas de um incidente ou problema, ao compreender o que, porquê e como um sistema falhou. A análise destas falhas do sistema e das causas verdadeiras possibilita ações demonstram uma probabilidade significativamente reduzida de recorrência ².

Muitas mortes obstétricas são devidas à causas evitáveis durante a gravidez e o parto. Portanto, a análise detalhada da causa raiz propicia o desenvolvimento de um plano e intervenções adequadas para prevenir essas mortes. Este tipo de análise ajuda a saber o que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu e, conseqüentemente, ajuda a detecção, modificação e exclusão de eventos semelhantes no futuro ³. O êxito neste processo depende inicialmente de uma investigação sistematizada, para tanto propõe-se o modelo descrito abaixo, no qual deve-se preencher o formulário de investigação de óbito materno apresentado no apêndice A, que teve como referencial as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, e da *National Patient Safety Agency*, na Inglaterra ^{2,4}.

A investigação deverá ser conduzida por profissionais da saúde habituados à rotina da maternidade e constituir-se dos seguintes passos:

5.1-Passo 1: Identificar a ocorrência

Quase sempre estes dados estão presentes no prontuário e na declaração de óbito:

- enumerar cada óbito em ordem cronológica para facilitar a análise estatística e a elaboração de relatórios periódicos.
- Conhecer data e hora da internação e do óbito e consequentemente o tempo de internação até o evento trágico.

5.2-Passo 2: Identificar a paciente

Geralmente os dados de identificação constam no prontuário, mas também podem ser obtidos por meio de entrevista com familiares. Deve-se pesquisar:

- Nome completo, idade e número do prontuário.
- Residência e Procedência, importante para reconhecer pacientes vítimas de peregrinação.
- Diagnóstico e Classificação na admissão, estas informações serão úteis ao se avaliar a gravidade do quadro clínico na admissão.
- Número de gestações, partos normais, cesarianas e aborto.
- idade gestacional ou dias de puerpério na admissão
- Local onde realizou o pré-natal, assim como o número de consultas médicas e de enfermagem

5.3-Passo 3: Cronologia

Este é o cerne da investigação, durante esta etapa o profissional deve buscar a ordem cronológica de todos os eventos relevantes no processo de saúde-doença que culminou com o óbito, registrando dia e hora dos fatos, atendo-se aos mínimos detalhes e revendo quantas vezes forem necessárias as fontes de informação. A cronologia deve ser realizada de tal forma que ao seu final seja possível identificar todos os fatores contribuintes e a causa raiz.

Os dados poderão ser obtidos por meio de familiares, membros da equipe assistencial, prontuário, livros de registro, entre outros. Quanto antes se iniciar a pesquisa melhores as chances de se conhecer o real contexto.

5.4-Passo 4: Determinar fatores contribuintes e causa raiz

Sob a luz de uma cronologia minuciosa e coerente a equipe do comitê de óbito materno deverá discutir e determinar os fatores contribuintes e a causa raiz usando as Ferramentas de investigação de análise de causa raiz desenvolvidas pela *National Patient Safety Agency*, na Inglaterra (quadros de 5.1 a 5.7):

Fatores do paciente	Componentes
Condições clínicas	Co-morbidade pré-existente Complexidade da condição Gravidade da condição Opções limitadas para tratar a condição Incapacidade
Fatores Físicos	Estado físico geral deficiente Desnutridos Desidratado Questões relacionadas à idade Obesos Padrão de sono inadequado
Fatores sociais	Crenças culturais / religiosas Idioma Estilo de vida (fumar / beber / drogas / dieta) Habitação inadequada (por exemplo, casa dilapidada) Eventos da vida Falta de redes de apoio / (fatores de proteção social - Serviços de Saúde Mental) Envolvendo em atividades de alto risco
Fatores psicológicos	Questões motivacionais Stress / Trauma Transtorno de saúde mental Falta de capacidade mental Dificuldade de aprendizagem
Relações interpessoais	Relação entre profissional de saúde e paciente Envolvimento do paciente com serviços Relação entre funcionários e membros da família Doente para outro doente Entre Família e paciente Entre membros da família (Irmãos, pais, filhos) "

Quadro 5.1- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados ao paciente.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials, 2017.

Tarefa ou Tecnologia	Componentes
Diretrizes, Políticas e Procedimentos	Não atualizado Não disponíveis no local apropriado De difícil entendimento Não utilizável (ambíguo, complexo, irrelevante, incorreto) Não aplicada Não monitorado Inadequadamente direcionados (isto é, não destinados ao público certo)
Auxílio para tomada de decisão	Auxílios não disponíveis (por exemplo, lista de verificação, ferramenta de avaliação de risco, sistema informatizado para permitir a avaliação remota dos resultados) Dificuldades no acesso à consultoria sénior / especialista Dificuldade de acesso à informações técnicas, fluxogramas e diagramas Falta de priorização das diretrizes Informações incompletas (resultados dos testes, história do paciente)
Processo de trabalho	Mal projetado (muito complexo, muita informação, difícil de conceber ou lembrar) As diretrizes não permitem a realização da tarefa em tempo hábil Tarefas demais para executar ao mesmo tempo Tarefas contraditórias A equipe não concorda com o "projeto de tarefa / procedimento" Etapas da tarefa não projetadas para que cada etapa possa realisticamente ser realizada Representação incorreta de informações Auditoria e controle de qualidade inadequados

Quadro 5.2- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados à tarefa ou tecnologia

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials, 2017.

fatores do profissional	Componentes
Problemas físicos	Saúde geral deficiente (por exemplo, nutrição, hidratação, dieta, exercício, aptidão) Incapacidade (por exemplo problemas de visão, dislexia) Fadiga Trabalhador de saúde infectado
Questões Psicológicas	Stresse (por exemplo, distração / preocupação) Doença mental específica (por exemplo depressão) Estado mental comprometido (por exemplo, doença, drogas, álcool, dor) Falta de motivação (por exemplo, tédio, complacência, baixa satisfação no trabalho) "
Questões sociais	Problemas domésticos (por exemplo, questões relacionadas com a família) Problemas de estilo de vida (por exemplo, questões financeiras / moradia) Crenças culturais Idioma
Questões de Personalidade	Baixa auto-confiança Excesso de auto-confiança Imprudência ou negligência Falso trabalhador da saúde "
Fatores cognitivos	Preocupação / foco estreito (Problemas de consciência situacional) Decisão / ação inadequada causada pela influência do Grupo Distração / déficit de atenção Sobrecarga de trabalho Tédio

Quadro 5.3- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados ao profissional.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

fatores da equipe	Componentes
Harmonia	Conhecimento / entendimento não compartilhado Funções e responsabilidades de cada membros mal definidas
Liderança	Liderança clinicamente ineficaz Liderança gerencialmente ineficaz Falta de tomada de decisão Tomada de decisão inapropriada Tomada de decisão prematura ou atrasada Líder mal respeitado
Apoio e fatores culturais	Falta de redes de apoio para a equipe Nível inapropriado de assertividade Reação negativa da equipe a eventos adversos Reação negativa da equipe ao conflito Reação negativa da equipe aos recém-chegados Violação rotineira das regras / regulamentos Falta de abertura da equipe / comunicação com colegas Falha em buscar apoio

Quadro 5.4- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados à equipe.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

Ambiente de Trabalho	Componentes
Fatores administrativos	Sistemas administrativos pouco confiáveis ou ineficazes (por exemplo: Reservas, Identificação do paciente, pedidos, referências) Infra-estrutura de administração não confiável ou ineficaz (por exemplo, telefones, sistemas de alarme, etc.) Suporte administrativo pouco confiável ou ineficaz
Concepção do ambiente físico	Projeto de consultório/escritório inadequado (cadeiras de computador, altura de mesas, telas anti-reflexo, instalações de armazenamento, etc.) Projeto de área inadequado (comprimento, forma, visibilidade, provisão de espaço) Falta de espaço externo seguro Falta de segurança interna Linhas de visão inadequadas Utilização inadequada de padrões de cor (paredes / portas / pavimentos, etc.)
Meio Ambiente	Instalação não disponível (falha ou falta de capacidade) Fixação ou montagem não disponível (falha ou falta de capacidade) Falta de acomodação de sexo único Falta de limpeza Temperatura muito alta ou baixa Iluminação muito fraca ou excessiva Níveis de ruído muito altos ou baixos Distrações
Pessoal	Falta de habilidades (por ex, Falta de profissional sênior, falta de treinamento) Relação baixa de profissional de saúde / paciente Carga de trabalho inadequada Utilização de pessoal temporário Alta rotatividade de pessoal"
Carga de trabalho e horas de trabalho	Fadiga relacionada ao turno Excesso de horas de trabalho Falta de pausas durante o horário de trabalho Excesso de tarefas que não fazem parte da rotina Falta de relaxamento social, descanso e recuperação "
Tempo	Atrasos causados por falha do sistema Pressão do tempo

Quadro 5.5- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados ao ambiente de trabalho.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

Organizacional	Componentes
estrutura organizacional	Estrutura hierárquica ineficiente Estrutura de governança não propícia à discussão Não compartilhamento de problemas. Isolamento profissional Relação inadequada entre modelo clínico e modelo gerencial Manutenção inadequada Termos e condições de segurança inadequados dos contratos
Prioridades	Priorizar ações inseguras Avaliação externa inadequada (por exemplo controle de qualidade anual) Balanço financeiro focado
Riscos externos importados	Impacto negativo inesperado da política / orientação nacional ou local Problema relacionado com empreiteiros Problema relacionado ao empréstimo de equipamentos Falta de prestação de serviços
Cultura de segurança	Ineficiência das medidas de segurança Inconformidade com regras de segurança Falta de planos de gestão de risco Exemplo inadequado de liderança (por exemplo, evidência visível de compromisso com a segurança) Ausência de meios e cultura para permitir a comunicação apropriada Aprendizagem inadequada de incidentes passados Incentivos para comportamentos de risco Aceitação / tolerância de uma adesão inadequada à prática atual Ignorância / má consciência da inadequada adesão à prática atual Falta de empoderamento de pessoal para escalar questões ou agir

Quadro 5.6- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados à organização.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

Educação e Treinamento	Componentes
Competência	Falta de conhecimento Falta de habilidades Inexperiência Experiência inapropriada ou falta de experiência de qualidade Pessoa não familiarizada com a tarefa Falta de testes e avaliação
Supervisão	Supervisão inadequada Falta de / inadequada orientação Os resultados do treinamento não foram monitorados
Disponibilidade / Acessibilidade	Análise inadequada das necessidades de treinamento Treinamento de trabalho indisponível ou inacessível Treinamento de emergência indisponível ou inacessível Treinamento de equipe indisponível ou inacessível Treinamento básico de habilidades não disponível ou inacessível Cursos de atualização não disponíveis ou inacessíveis
Adequação	Conteúdo inapropriado Público-alvo inapropriado Didática inadequado Horário disponibilizado para treinamento inadequado

Quadro 5.7- Fatores contribuintes para o evento adverso relacionados à educação e treinamento

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

Causa raiz é a causa fundamental do problema. Existem maneiras diferentes para investigar a causa raiz do evento adverso/ óbito materno. Os dois dos métodos mais comumente utilizados são o método dos “5 por quês” e o método da “espinha de peixe”, também conhecido como diagrama de Ishikawa ⁵.

O diagrama de Ishikawa é um gráfico cuja finalidade é organizar o raciocínio na discussões de um problema, estruturando hierarquicamente suas causas, como exemplificado na figura 5.1.

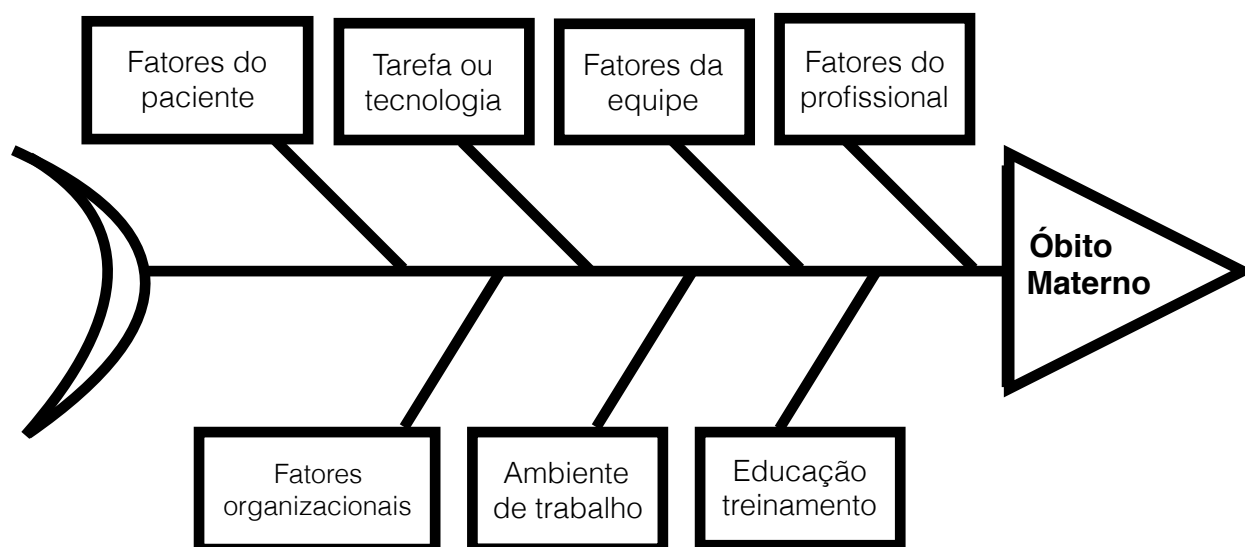


Figura 5.1- adaptação da ferramenta criada pela National Patient Safety Agency, disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/root-cause-analysis/rca-training-course-overview/>. acessado em 03/05/2017.

O método dos 5 “por quês” é realizado questionando-se cinco vezes o porque da problema analisada, formando assim uma cascata de eventos, por exemplo:

- Problema: A puérpera foi a óbito.
- 1º Por quê? Choque hipovolêmico.
- 2º Por quê? metrorragia por atonia uterina
- 3º Por quê? Não observância ao protocolo de hemorragia uterina
- 4º Por quê? Falta de treinamento e divulgação do protocolo
- 5º Por quê? A gestão não identificou a necessidade de disponibilizar o treinamento ou se foi disponibilizado não foi divulgado adequadamente ou foi disponibilizado, divulgado, mas o profissional em questão não quis ou não pode participar

A causa raiz será encontrada quase sempre no último por quê.

Associando os dois métodos será possível encontrar mais de uma causa raiz, criando assim a possibilidade de se elaborar várias ações corretivas.

A princípio o uso das ferramentas descritas neste capítulo pode tornar a investigação do óbito materno um processo complexo, demorado e angustiante, no entanto com treinamento, trabalho em equipe e aquisição de experiência há grande probabilidade de que este trabalho se torne cada vez mais fácil e eficiente.

5.5-Passo 5: Elaborar plano de ação.

Após toda a investigação e análise do óbito materno, inicia-se a busca para soluções dos problemas encontrados, fatores contribuintes e causa raiz. Para cada

problema encontrado, uma possível solução também deve ser apresentada. Essas possíveis soluções surgem em uma sessão de tempestade de idéias dentro da equipe de investigação e podem ser obtidas por meio da experiência dos membros, assim como de experiências exitosas já conhecidas ou de evidências publicadas na literatura. Quando múltiplas soluções para o problema são encontradas, deve-se escolher aquelas que são mais passíveis de implementação no curto prazo e a um custo menor ⁶.

Já com a possível solução do problema em mente, faz-se necessário elaborar um plano de ação para pô-la em prática. O modelo do plano de ação deve ser adaptado a cada serviço. Sugere-se que o planejamento das ações contenha minimamente os itens a seguir:

- Problema: fator contribuinte ou causa raiz.
- O que fazer: a possível solução escolhida pela equipe.
- Porque: o objetivo final das ações.
- Quem: o responsável pela execução, incluindo os diretores e gerentes
- Como: cada tarefa realizada para que a possível solução seja posta em prática
- Quando: o prazo para que cada tarefa seja realizada.
- Onde: qual ou quais setores da maternidade estarão envolvidos.
- Recursos necessários: deve-se incluir recursos humanos, estruturais, financeiros, de equipamento, etc.
- Como monitorar: como o progresso das ações será medido
- Possíveis limitações e como superá-las

O quadro 5.8 mostra um exemplo de plano de ação.

ITEM	COMPONENTE
Problema	Falta de um protocolo de assistência à paciente com hemorragia puerperal
O quê	Elaborar e implementar o referido protocolo
Por quê	Reduzir morbidade e mortalidade por hemorragia puerperal
Quem	Direção de ensino e pesquisa
Como	Basear-se na literatura científica Obter consenso dos obstetras da equipe de assistência Adaptado aos recursos disponíveis no hospital
Quando	No prazo de 3 meses
Onde	Em toda maternidade
Recursos	Disponibilizar carga horária aos elaboradores do protocolo Sistema informatizado e impresso para disponibilizar o protocolo Palestrante, auditório e material didático para realizar o treinamento
Como monitorar	Taxa de óbito materno por hemorragia puerperal Gerenciamento de protocolo
Possível limitação	Falta de adesão ao protocolo
Superar limitação	Educação continuada

Quadro 5.8- exemplo de plano de ação.

Fonte: adaptado de NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials

5.6-Passo 6: Informar os gestores.

É absolutamente indispensável que os gestores tenham conhecimento dos problemas existentes em seu setor de atuação. Só assim eles podem investir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades do serviço. Desse modo, a liderança do comitê deve trabalhar para manter a interlocução permanente com os gestores, o que poderá ser realizado através de memorandos, relatórios e reuniões. O comitê também deve procurar o diálogo com outras instituições que estejam envolvidas na resolução da problemática da morte materna, de forma a solicitar a sua participação na implementação de alternativas ⁷.

Os gestores, após receberem todas as informações a respeito da investigação do óbito, problemas identificados e dos planos de ação elaborados, deverão contribuir para o planejamento, implantação e monitorização das ações ^{6,7,8}.

REFERÊNCIAS

- 1.London Clinical networks. London maternal deaths | A 2015 review. acessado em 02/05/2017 <http://www.londonscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/08/London-maternal-mortality-report-2015.pdf>.
- 2.NPSA– National Patient Safety Agency: Root Cause Analysis Investigation training materials. NHS UK, At <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/root-cause-analysis/rca-training-course-overview/>. acessado em 03/05/2017.
- 3.Madzimbamuto et al. A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. BMC Pregnancy and Childbirth DOI: 10.1186/ p. 1471-2393, 2014.
- 4.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. NOTA TÉCNICA GVIMS/ GGTES/ANVISA N^o 01/2015.
- 5.NPSA – National Patient Safety Agency. Root Cause Analysis (RCA) tools: analysing to identify contributory factors and root causes. h <p://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=75605> acessado em 04/05/2017.
- 6.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: Promoção da Qualidade em Serviços de Saúde de Atenção Materna p. 19-49, 2014.
- 7.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Capítulo 5: 5 VigilânciaEpidemiológica da Mortalidade Materna. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde p. 27-42 , 2007.

8.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: Organização e Estruturação de um Serviço de Atenção Materna e Neonatal p. 53-82, 2014.

6. Segurança do paciente

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Gislânia Ponte Francês Brito

Nara Macedo Botelho

Os avanços tecnológicos e de conhecimento das últimas décadas na área de saúde trouxeram imensuráveis benefícios à humanidade, mas criaram um sistema de saúde extremamente complexo. Evidências mostram que tal complexidade traz riscos, e que os pacientes às vezes são prejudicados não importa o quão dedicado seja profissional ou a equipe. Para combater esta situação a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 27/10/2004 a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos ^{1,2}. Neste contexto elaborou-se “Os Sete Passos Para a Segurança do Paciente”, guias literários que fornecem várias listas de verificação para ajudar a equipe a planejar suas atividades e medir o desempenho da segurança do paciente. Seguir os Sete Passos ajudará a garantir que os cuidados prestados sejam tão seguros quanto possível. Eles também ajudarão as organizações de saúde a cumprir metas de governança clínica, gerenciamento de riscos e controles ¹.

No Brasil, Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído em 2013 pela Portaria GM/MS nº 529/2013, com a finalidade de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, sendo a Segurança do Paciente um de seus atributos ³.

Como já foi dito em capítulos anteriores as ações de combate ao óbito materno são determinadas após minuciosa análise do óbito e ampla discussão. Para cada problema encontrado, uma possível solução também deve ser apresentada. Essas possíveis soluções surgem em uma sessão de tempestade de idéias dentro da equipe de investigação e podem ser obtidas por meio da experiência dos membros, assim como de experiências exitosas já conhecidas ou de evidências publicadas na literatura ⁴. Neste processo os Sete Passos para a Segurança do Paciente representam importante ferramenta para a elaboração de ações de combate ao óbito materno, sendo eles ^{1,2}:

6.1- Construir a cultura de segurança.

Cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam organização saudável e segura. Possui três princípios básicos:

a-Consciência de que algo pode dar errado, atentando para: identificar os riscos; reconhecer os erros; aprender com os erros; implementar ações para correção.

b-“Ser aberta” e justa por meio das seguintes atitudes: ter visão aberta sobre incidentes ocorridos; estar disposta a conversar com colegas e superiores ; assumir responsabilidade sobre as ações; discutir abertamente com pacientes e cuidadores; tratamento justo e apoio em caso de incidentes.

c-As causas de um incidente não podem ser relacionadas apenas às ações do profissional envolvido, o sistema em que ele está inserido deve ser sempre avaliado.

O emprego de tais princípios permite uma análise aberta e equilibrada do incidente, permitindo que todas as ações gerem impacto positivo na atuação da equipe ao lembrar que não existe perfeição e que ao lidar com a ocorrência de um evento adverso sempre é possível aprender para aprimorar, ainda que este evento seja trágico, como é o óbito materno.

6.2-Liderar e dar apoio à equipe.

Uma boa liderança fortalece o foco na segurança do paciente através da motivação e auxílio à equipe. Quando a possível solução de um problema identificado está sendo implantada é necessário que todos os envolvidos estejam motivados a aderir à mudanças, porém mudar valores crenças e atitudes não é fácil. Esta é uma façanha que somente um líder forte e participativo será capaz de realizar. Para refletir sobre quem poderá ser este líder o quadro 6.1 descreve algumas diferenças entre um simples chefe e um líder eficiente:

CHEFE	LÍDER
Emite ordens	Oferece treinamentos
Inspira medo	Gera entusiasmo
Diz “Eu”	Diz “Nós”
Culpabiliza pelas falhas	Corrige falhas
Usa pessoas	Desenvolve pessoas
Isola os indivíduos	Agrega os indivíduos
Ordena	Pergunta, tem diálogo
Fica com os créditos	Dá os créditos
Diz “vão”	Diz “vamos”

Quadro 6.1- Diferenças entre chefe e líder de uma equipe de alto desempenho

Fonte: LUZ MGQ, 2018

6.3-Integrar as atividade de gestão de risco.

Entende-se como gerenciamento de risco a utilização de processos eficazes que permitam a prevenção de crises. Estes processos podem ser aplicados em diversas atividades tais como tratamento de queixas de pacientes, controle de infecção, assistência ao parto e puerpério, elaboração e revisão de prescrições, entre outras. Pensar sobre todas essas atividades de forma integrada ajuda a manter a segurança do paciente.

Ao criar planos estratégicos para tornar uma prática mais segura é preciso ter em mente que o cerne do gerenciamento de risco é a prevenção e, com esta consciência, deve-se fazer os seguintes questionamentos:

Como deve ser realizada?

O que pode dar errado?

Porque pode dar errado?

Quais as consequências do erro?

O que fazer para evitar o erro?

O que fazer se o erro ocorrer?

6.4-Incentivar a notificação.

A notificação compulsória ajuda a criar uma visão nacional sobre segurança do paciente em serviços de saúde e assim contribui para a ampliação do conhecimento sobre os incidentes e o desenvolvimento de estratégias nacionais para evitar eventos adversos. No entanto o medo, a culpa, a falta de conhecimento e a falta de motivação são barreiras que podem impedir a notificação e devem ser combatidas.

6.5-Envolver os pacientes e o público.

As definições de danos e erros, por vezes, diferem entre pacientes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde, por isso os usuários do serviço podem oferecer outras razões para o problema e assim ajudar a encontrar soluções para evitar eventos adversos recorrentes. Além disto desculpar-se e discutir o problema, prontamente, de forma honesta e com compaixão, pode ajudar o paciente e sua família a lidar melhor com as consequências. Portanto deve-se incentivar o diálogo aberto entre gestores, membros da equipe de assistência, pacientes, acompanhantes e membros do comitê de investigação sempre que um incidente for identificado.

6.6- Aprender e compartilhar.

Neste passo busca-se compreender o que aconteceu em uma situação considerada fora do normal, para aprender com ela, e para promover mudanças buscando melhoria do serviço prestado. Corresponde a todo o processo de investigação, análise e discussão, culminando com ações corretivas compartilhadas entre todos os profissionais da equipe de assistência e gestão.

6.7- Implementar soluções para prevenir os danos.

Consiste em desenvolver sistemas que facilitem a prática das ações corretivas, devendo estar previsto em todos os planos de ação já explicado em capítulo anterior. Para aumentar as chances de sucesso na prevenção do dano as ações corretivas propostas para os problemas identificados (causas raiz e fatores contribuintes) devem ser de fácil acesso, fácil entendimento, mensuráveis, sustentáveis e eficazes.

Para uma prática eficaz dos sete passos supradescritos é necessário que eles sejam adaptados ao serviço e compreendidos por toda a equipe. A verdadeira compreensão deste método, que objetiva evitar o dano ao paciente, somente será possível no dia a dia, quando os profissionais e gestores, juntos, estiverem imbuídos na identificação e busca de soluções para problemas associados aos eventos adversos. Com o objetivo de ajudar neste entendimento seguem exemplos de situações exitosas relacionada à prevenção do óbito materno:

Contexto da análise e combate ao óbito materno

Exemplo 1: Uma situação padrão foi identificada e corrigida.

- O CMM, ao elaborar o relatório anual e rever a análise de todos os óbitos maternos daquele ano, identificou uma situação padrão: a dificuldade ou demora que muitas pacientes tiveram para obter leito de UTI.
- Ferramenta utilizada para identificar o problema: planilha de arquivamento de dados (Apêndice B).
- Conclusões após tempestade de idéias entre gestores, membros da equipe assistencial e membros do CMM :
 - fatores contribuintes: relacionados à educação e treinamento. Por falta de conhecimento e de supervisão, membros da equipe com menos experiência ou com menor habilidade permitiam que pacientes sem indicação fossem admitidos na UTI ou demoravam a dar alta.
 - causa raiz: inexistência de critérios de alta e admissão da UTI no hospital.
 - elaboração de critérios de alta e admissão na UTI.
- Os sete passos para a segurança do paciente nesta situação:
 - Cultura de segurança: alguns membros da equipe da UTI e da maternidade participaram da elaboração dos critérios. Todos os meios usados para difundir a informação resultaram em uma mudança de cultura e na adesão dos profissionais à esta ação corretiva. As equipes da UTI e da maternidade passaram a ter uma relação mais solidária entre si e com os usuários. Todos entenderam que ocupar um leito de UTI com paciente sem indicação para estar ali, seja por medo de processos, insegurança profissional ou qualquer outro motivo individual, é ineficaz e prejudicial à qualidade da assistência como um todo.
 - Liderança e apoio à equipe: os líderes da UTI, maternidade e gerência de risco motivaram as equipes a utilizarem os critérios de alta esclarecendo sobre a

importância por meio do diálogo, redes sociais e cursos. Além disso estiveram sempre disponíveis para dirimir dúvidas de usuários e profissionais.

- Integração das atividades da gestão de risco: um sistema computadorizado permitiu a melhor troca de informações entre profissionais de diferentes setores. Assim tornou-se possível que o obstetra conhecesse a disponibilidade de leitos e que o intensivista obtivesse dados clínicos sobre a paciente. No mesmo sistema a lista de critérios de internação estava disponível.
- Incentivar a notificação: todos os casos de óbito materno são notificados sistematicamente, o que, se não ocorrer, é identificado e cobrado pela gerência de risco. A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito gerada na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde.
- Envolver pacientes e público: durante a implementação das ações alguns acompanhantes e membros da equipe de assistência questionaram sobre o fato de determinadas pacientes não estarem entre os critérios de admissão, quando isso ocorria o diálogo aberto era capaz de esclarecer as dúvidas e amenizar a ansiedade.
- Aprender e compartilhar: foram promovidos encontros para discussão do óbito materno nos quais participaram tanto os intensivistas quanto os obstetras, na ocasião ambos os lados dialogaram sobre suas dificuldades e sobre como poderiam ajudar na prevenção de danos ao paciente. Entre os assuntos abordados estavam a redução do tempo de espera por leito de UTI por meio dos critérios de alta e admissão. Os profissionais saíram ainda mais motivados a aderirem à ação corretiva.
- Implementar soluções: os critérios de admissão e alta da UTI eram de fácil entendimento, mensuráveis, sustentáveis e eficazes, sendo disponibilizados à todos os setores por meio de um sistema de informática.
- Resultados antes e após a ação (quadro 6.2):

Tempo de espera			
Ano em que o problema foi identificado		Ano com a estratégia já implementada	
Tempo de espera	número de óbitos maternos	Tempo de espera	número de óbitos maternos
≤ 1 hora	10	≤ 1 hora	16
> 1 hora	18	> 1 hora	8

Quadro 6.1- Tempo de espera por leito de UTI para os casos de óbito materno antes e após a implementação dos critérios de alta e de admissão na UTI em uma maternidade.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

- Monitorização: dois anos após a implementação dos critérios elaborados observou-se um discreto aumento no tempo de espera pela UTI, os critérios foram revisados e a equipe foi novamente motivada. Como as pacientes graves chegavam menos deterioradas à UTI a taxa de altas da UTI por melhora clínica aumentou e a taxa de mortalidade reduziu.

Exemplo 2: Evitar recorrência de caso relevante.

- O CMM de um hospital identificou dois casos semelhantes e de extrema relevância em uma única semana: ambas as pacientes haviam ido à óbito devido choque séptico por abdome agudo infeccioso. As pacientes haviam sido admitidas com sinais de abdome agudo, porém sem sinais de sepse, no entanto as mesmas não foi prontamente operada porque o cirurgião aguardava tomografia de abdome.
- Ferramenta utilizada para identificar o problema: formulário de investigação do óbito materno escolhido pelo comitê (Apêndice A).
- Conclusões após tempestade de idéias entre gestores, membros da equipe assistencial e membros do CMM:
 - fatores contribuintes: foi identificada liderança clinicamente ineficaz, pois a paciente era avaliada inicialmente pelo residente do serviço de cirurgia geral, sem a presença de um preceptor. Além disso a tomografia era solicitada desnecessariamente por falta de conhecimento e habilidade do médico menos experiente.
 - causa raiz: Inexistência de um protocolo operacional padrão determinando que o preceptor obrigatoriamente estivesse presente nestas avaliações; Inexistência de um protocolo de assistência à gestante e puérpera com abdome agudo.
 - Possível solução proposta: elaborar e implementar de protocolo de assistência à gestante e puérpera com abdome agudo; elaborar e implementar um protocolo operacional padrão determinando quando a presença do preceptor seria obrigatória.
- Os sete passos para a segurança do paciente nesta situação:
 - Cultura de segurança: alguns membros da equipe da cirurgia geral e da maternidade participaram da elaboração do protocolo. Todos os meios usados para difundir a informação resultaram em uma mudança de cultura e na adesão dos profissionais ao protocolo de condutas. As equipes da cirurgia geral e da maternidade passaram a ter um diálogo mais aberto maior concordância em relação as condutas. Todos entenderam que outros exames complementares de menor custo e com resultado mais rápido poderiam auxiliar na tomada de decisão e assim agilizar as medidas terapêuticas.
 - Liderança e apoio à equipe: o diretor clínico, o gerente de risco e os líderes da cirurgia geral e da maternidade motivaram as equipes a utilizarem o protocolo por

meio do diálogo, redes sociais e palestra. Além disso estiveram sempre disponíveis para esclarecer dúvidas e ouvir sugestões para o protocolo.

- Integração das atividades da gestão de risco: um sistema computadorizado permitiu que o protocolo ficasse disponível aos profissionais de todos os setores do hospital. Tendo o protocolo como fundamento algumas rotinas foram modificadas: a enfermagem passou a fazer listas de checagem pré e pós-operatória, evitando outros eventos adversos; os exames laboratoriais e ultrassonográficos para pacientes com abdome agudo passaram a ser priorizados e tinham que estar prontos em menos de uma hora.
- Incentivar a notificação: todos os casos de óbito materno são notificados sistematicamente, o que, se não ocorrer, é identificado e cobrado pela gerência de risco. A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito gerada na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde.
- Envolver pacientes e público: fazia parte do protocolo implementado a oferta do termo de consentimento livre e esclarecido às pacientes com indicação de laparotomia, o que incentivou maior diálogo entre o médico e a paciente com seu acompanhante .
- Aprender e compartilhar: foram promovidos encontros para discussão do óbito materno nos quais participaram tanto os cirurgiões gerais quanto os obstetras, na ocasião ambas as equipes puderam falar sobre seus problemas e sugerir soluções simples e baixo custo. Os profissionais saíram ainda mais motivados a seguirem o protocolo.
- Implementar soluções: o protocolo elaborado foi disponibilizado a todos os profissionais da assistência e teve um texto de fácil entendimento, baseado na literatura científica e adaptado aos recursos disponíveis no hospital.
- Resultado: 2, 5 anos após a discussão do caso com a equipe e 1,5 ano após a implementação do protocolo não observou-se casos semelhantes.
- A permanência do comitê de mortalidade materna analisando todos os casos de óbito é um importante instrumento de monitorização.

REFERÊNCIAS

1.NPSA – National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/> acessado EM 08/05/2017.

2.WHO-World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>. acessado em 08/05/2017.

3.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 529, DE 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **DOU** de 02/04/2013 Seção I Pág. 43), 2013.

4.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: Promoção da Qualidade em Serviços de Saúde de Atenção Materna p. 19-49, 2014.

7. Equipe de alto desempenho

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Nara Macedo Botelho

Mariseth Carvalho de Andrade

Entre as ações indispensáveis para melhoria da qualidade assistencial está o trabalho em equipe, definido como um conjunto inter-relacionado de conhecimentos, habilidades e aptidões que facilita a atuação coordenada e adaptativa dos seus membros ao executarem seus objetivos e missões ¹.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, que analisou a causa-raiz de 47 mortes perinatais identificou-se que a maioria dos casos de mortes e lesões perinatais possuíam causas-raiz relacionadas a problemas com a cultura organizacional e com a comunicação entre os prestadores de cuidados. Assim, recomendou-se que as organizações conduzam treinamento de equipe nas áreas perinatais para ensinar seus membros a trabalhar de forma conjunta e se comunicarem mais efetivamente ².

Uma equipe eficiente também é determinante para resultados favoráveis ao se tentar evitar recorrências de eventos adversos, como o óbito materno por exemplo. Ao se identificar problemas, elaborar soluções e implementar as ações corretivas definidas após a análise do óbito será necessário um trabalho de excelência coordenado entre profissionais de vários níveis de habilidades e posições hierárquicas. Tal qualidade pode ser alcançada aplicando-se as seguintes diretrizes de funcionamento ^{1,3,4}:

7.1- Estrutura da equipe multidisciplinar.

Consiste na identificação de cada componentes da equipe e suas competências dentro de um trabalho em conjunto, que objetiva prestar assistência ao paciente de forma eficaz e segura. Na área de saúde geralmente tem-se estruturas de trabalho complexas, nas quais uma grande equipe é composta por várias outras equipes menores. Assim, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) descreve a estrutura de um time multidisciplinar sendo formada por outras equipes descritas como: principal, auxiliar, de contingência e de administração. A figura 7.1 exemplifica a equipe responsável pela maternidade de um grande hospital que comporta outras especialidades.



Figura 7.1: Estrutura de equipe multidisciplinar

Fonte: LUZ MGQ, 2018

7.2-Liderança.

Uma boa liderança é fundamental para um bom trabalho em equipe. Um bom líder deve ser capaz de:

- *Gerenciar recursos:* o líder deve garantir que os recursos materiais e humanos para a realização das tarefas da equipe estejam disponíveis a todo momento. Quando algum imprevisto resultar em sobrecarga do grupo e fadiga individual, ameaçando o sucesso da missão, o líder deverá garantir a utilização dos recursos de forma eficiente e também mobilizar recursos adicionais para o bom desempenho do grupo.
- *Encorajar o comportamento proativo da equipe:* o líder deve reunir a equipe periodicamente para o compartilhamento de informações, planejamento de tarefas, monitoramento de planos de ação, avaliação de performance e busca de soluções.
- *Resolver conflitos:* Não é incomum o surgimento de conflitos entre os membros de uma equipe, por melhor que seja ela. O papel do líder é atuar para a resolução desses conflitos de forma a garantir que o sucesso da missão do grupo não seja ameaçado. Sugere-se duas ferramentas para resolução de conflitos na área de saúde.
 - Mnemônico **DESC**: **D**escreva o problema, **E**xpresse a sua preocupação, **S**ugira um plano de ação e encontre um **C**onsenso. Por exemplo:
 - **D**: uma gestante foi admitida com desconforto respiratório. O residente, apesar da ausculta pulmonar da paciente estar normal, prescreve aminofilina, indo contra o protocolo já instituído na maternidade. A paciente evolui com taquicardia e edema agudo de pulmão. O preceptor é chamado, resolve situação de urgência e após investigação fecha o diagnóstico de miocardiopatia periparto.
 - **E**: a paciente poderia ter ido a óbito; deve-se evitar casos recorrentes; o preceptor precisa estar sempre presente.
 - **S**: o líder sugere o seguinte plano de ação, segue exemplo no quadro 7.1:

ITEM	COMPONENTE
Problema	-O residente errou no diagnóstico e no tratamento
O quê	-o protocolo assistencial deve ser seguido preceptor e residente devem atuar juntos na assistência ao paciente
Quem	-o residente deve sempre solicitar ajuda durante a assistência. -o preceptor deve sempre estar presente, se não estiver deve ser chamado, se ainda assim ele não se fizer presente seu gestor imediato deve ser comunicado -ambos, preceptor e residente, devem seguir o protocolo
Como	-comunicação por meio de alerta verbal
Quando	-sempre que o residente estiver atendendo
Onde	-em qualquer setor da maternidade
Recursos	-humanos: residente, preceptor e gestor.

Quadro 7.1- Exemplo de plano de ação sugerido pelo líder da equipe.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

- **C:** a equipe ouve a possível solução proposta, contribui para elaborar o plano de ação e, juntamente com o líder chega a um consenso.
- **Regra dos dois desafios:** o líder ou outros membros da equipe, percebendo o problema, devem alertar as partes conflituosas por duas vezes seguidas, caso o problema continue, o líder precisa ser comunicado e atuar utilizando o seu melhor julgamento para resolver o problema, sempre em busca do melhor para o paciente.
- **“Feedbacks”:** comentários fornecido à indivíduos com o objetivo de melhorar o desempenho da equipe, tais comentários devem ser:
 - Oportunos - dado logo após o comportamento inapropriado ter ocorrido.
 - Respeitosos - referir-se a comportamentos, não atributos pessoais.
 - Específicos - refere-se a uma tarefa ou comportamento específico que requer correção ou melhoria.
 - Construtivos - fornece orientações para futuras melhorias.
 - Humanos - considera os sentimentos de um membro da equipe e fornece informações negativas com justiça e respeito.

Outra maneira de fornecer os “*feedbacks*” é usando a “técnica do sanduíche”, que consiste em emitir características reais e positivas antes e após as informações negativas.

Vale lembrar que um bom líder prefere treinar seus liderados a emitir ordens; inspira entusiasmo e não medo; agrega talentos; trabalha em conjunto com os outros membros da equipe; corrige as falhas no sistema de trabalho, evitando culpabilizar as pessoas; reconhece bons desempenhos e é capaz de fazer críticas construtivas.

7.3-Monitoramento da situação.

O monitoramento da situação é um processo contínuo onde cada membro da equipe permanece atento ao ambiente e ao comportamento dos outros colegas que podem influenciar na boa realização das tarefas. Através da monitoração cruzada, os membros da equipe podem ajudar uns aos outros a se manterem alertas para as diversos obstáculos em potenciais.

Uma ferramenta que auxilia a avaliar os processos de cuidados consiste no mnemônico **EMAP** (quadro 2):

ITEM	COMPONENTE
------	------------

Estado do Paciente	História do paciente Sinais vitais Medicamentos Exame físico Plano de Cuidados Problemas Psicossociais
Membros da Equipe	Carga de trabalho Habilidade de desempenho da tarefa Estresse
Ambiente	Informações sobre instalações Informações administrativas Recursos humanos Acuidade de Triagem Equipamento
Progresso em direção à meta	Metas estabelecidas ainda são adequadas? Tarefas / Ações da Equipe estão sendo realizadas? Tarefas / Ações da Equipe estão bem distribuídas? Plano ainda apropriado?

Quadro 7.2- Ferramenta para avaliação dos processos de cuidados.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

7.4-Suporte mútuo.

Não se pode obter um trabalho em equipe de qualidade sem suporte mútuo ou respeito mútuo. É importante que cada membro da equipe se sinta valorizado por todos os outros. Na assistência materna não são raras as situações onde o suporte mútuo é fundamental para uma boa performance da equipe de trabalho. Muitas vezes um setor ou indivíduo está sobrecarregado enquanto outro está mais livre e, nesse caso, a oferta e solicitação de ajuda podem melhorar a qualidade da assistência. Entretanto, tal processo só será possível se uma cultura de suporte mútuo estiver presente na instituição. O empenho contínuo em solucionar conflitos entre indivíduos da equipe é fundamental para adquirir e manter esta cultura no ambiente de trabalho.

7.5-Comunicação.

A comunicação assertiva é indispensável para o trabalho em equipe efetivo. Falhas na comunicação podem representar uma dos mais importantes fatores contribuintes envolvidos na ocorrência de eventos adversos. Durante uma situação de emergência, na transição de cuidados, na passagem de plantões, na solicitação de um parecer, a comunicação eficaz contribui muito para melhorar a segurança do paciente. Sendo assim sempre que a falha na comunicação for identificada como fator contribuinte para o óbito materno deve-se buscar soluções para otimizar a qualidade do diálogo dentro da equipe.

Os comunicados entre membros da equipe de saúde podem ser realizados por escrito ou verbalmente. Uma forma padronizada e eficiente de comunicar informações críticas e importantes é feita por meio do mnemônico **SCAR** que significa **S**ituação, **C**ontexto, **A**valiação e **R**ecomendação.

- **Situação** – o que está acontecendo com a paciente?

- **Contexto** – qual é o contexto clínico (história atual, pregressa)?
- **Avaliação** – o que eu acho que o problema é?
- **Recomendação** – o que eu faria para corrigir isso ou gostaria que você ?

Por exemplo, ao realizar-se a transferência de cuidados de uma paciente faz-se o seguinte comunicado verbal: A Sra E.A.P., 19 anos, primípara, apresentando metrorragia (**S**); apresentou polidrâmnio na gravidez e encontra-se em puerpério imediato, 1 hora após parto vaginal, com teste de coagulação normal, já tendo sido submetida à massagem uterina, revisão de canal de parto, sem lacerações, já recebeu dose máxima de ocitocina, prostaglandina retal, cristalóides e está recebendo a segunda unidade de concentrado de hemácias, mas persiste com palidez cutânea e hipotensão, PA=80/50 mmHg, pulso= 105 ppm. Balões intra-uterino não estão disponíveis e sala de cirurgia esta sendo preparada (**C**). Acredito que o problema seja atonia uterina com má resposta ao tratamento clínico (**A**). Gostaria que você continuasse com o protocolo de transfusão maciça, enquanto realiza sutura uterina hemostática, caso não haja resposta satisfatória você poderá fazer a histerectomia subtotal (**R**).

Se o individuo que recebe a paciente confirmar que entendeu a mensagem e irá executá-la tem-se a **comunicação em alça fechada** que contribui ainda mais para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1.AHRQ — AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/index.html>. Acessado em 16/05/2107.
- 2.THE JOINT COMISSION. Preventing infant death and injury during delivery. Sentinel Event Alert, Issue 30, 2004.
- 3.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: Promoção da Qualidade em Serviços de Saúde de Atenção Materna p. 19-49, 2014.
- 4.NPSA – National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/> acessado EM 08/05/2017.

8-Gestão de combate à mortalidade materna

Marília Gabriela Queiroz da Luz
Nara Macedo Botelho

Uma assistência rápida, oportuna e de qualidade são fatores determinantes para impedir a ocorrência de óbitos maternos evitáveis, porém dificuldades relacionadas à organização dos sistemas de saúde, podem representar barreiras ao acesso das mulheres a estes serviços. Tais dificuldades podem sempre ser relacionadas ao modelo dos três atrasos: 1-demora em tomar a decisão de buscar assistência; 2-demora em alcançar o local de assistência, geralmente devido a problemas de transporte; 3- demora em receber tratamento adequado assim que chega ao estabelecimento de saúde. ¹. O gestor em saúde tem um importante papel quando se tenta evitar o terceiro atraso, cabendo a ele minimamente os seguintes atributos no âmbito hospitalar ^{1,2}:

- Organizar e estruturar o serviço de forma a promover a qualidade da assistência materna.
- Garantir e distribuir recursos materiais, humanos e financeiros de forma a mater a organização e estrutura do serviço.
- Garantir que os membros do CMM tenham recursos e carga horária disponíveis para escutar seu trabalho com excelência.
- Elaborar planos para a redução da mortalidade com a participação dos comitês de mortalidade materna e equipe assistencial.
- Estimular debates multidisciplinares e intersetoriais para definição de protocolos, processos de trabalhos e planos de ação.
- Monitorar os processos de trabalho e as ações corretiva.
- Qualificar os profissionais dos serviços de saúde para desenvolver processos de trabalho adequados.
- Organizar a vigilância epidemiológica do óbito materno.
- Conhecer as políticas e a legislação que norteiam a organização dos serviços de saúde voltados à mulher ao combate ao óbito materno.

Ao reconhecer que a promoção da qualidade na atenção materna é amplamente amparadas na lei brasileira, o gestor deverá liderar a equipe nas estratégias que

colocação em prática esses direitos reprodutivos, para tanto deverá estar apto a realizar as seguintes tarefas ^{3,4,5,6,7,8}:

8.1-Organização

Para a organização de um serviço de qualidade na assistência obstétrica é indispensável:

- Definir os membros da equipe assistencial, técnica e gerencial, delimitando as atribuições de cada membro.
- Constituir o Comitê para Melhoria da Qualidade Assistencial e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tendo entre seus princípios a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde. Os comitês já existentes na instituição, como os comitês de mortalidade materna (CMM), podem exercer as atividades de promoção da qualidade e segurança do paciente, já que exercem atividades similares no seu processo de trabalho. Ou ainda o CMM, o NSP e o comitê para melhoria de qualidade assistencial podem agregar-se para atuar no combate ao óbito materno

8.2-Identificação de prioridades

As prioridades devem ser escolhidas reconhecendo-se:

- Os procedimentos mais frequentemente realizados.
- As situações e procedimentos que apresentam maior risco de complicações.
- Os eventos-sentinela ou incidentes que deverão ser investigados para determinação de seus fatores contribuintes e causa-raiz. Dentre estes, são absolutamente prioritárias as mortes maternas. Seguindo orientação do ACOG (*The American College Of Obstetricians and Gynecologist*) sugere-se os eventos sentinelas presentes no quadro 1. Outros eventos também podem fazer parte do processo de notificação e análise, de acordo com o perfil assistencial e capacidade operacional do serviço (quadro 7.1).

Eventos Maternos	Eventos Organizacionais
• Morte materna • Parto eletivo programado (cesariana ou induzido) • Apresentação pélvica não diagnosticada antes do período expulsivo • Distócia de ombro • Readmissão materna não planejada dentro de 14 dias • Parada cardiorrespiratória materna, ressuscitada • Início intra-hospitalar de antibióticos 24 horas ou mais após um parto vaginal • Remoção, lesão ou reparo não planejado de órgão (inclui histerectomia) • Hemorragia necessitando transfusão • Eclâmpsia • Retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção • Lacerações perineais de 3^o e 4^o grau • Tromboembolismo venoso • Ruptura uterina • Complicações anestésicas • Admissão em Unidade de Terapia Intensiva (no local ou transferida)	• Prontuário não disponível • Demora para responder uma chamada para assistência • Falha de equipamento • Conflito em relação ao manejo de um caso • Reclamação de usuário • Erro de medicação • Retenção de compressa/instrumento • Infecção relacionada à assistência à saúde • Violação de protocolo local • Permanência materna um dia a mais do que o padrão local após parto vaginal e cesariana • Parto não assistido por pessoa qualificada

Quadro 7.1- Eventos-sentinelas que devem ser investigados no âmbito hospitalar

Fonte: ACOG – *The American College Of Obstetricians and Gynecologist*. Quality and Safety in Women's Health Care , 2nd ed, p. 124, 2010.

8.3-Avaliação de Desempenho

Não existem indicadores de qualidade da atenção materna padronizados em nível nacional ou internacional, portanto os serviços devem utilizar aqueles indicadores que mais reflitam a realidade da assistência para sua instituição. Citam-se como exemplos de indicadores:

- Morte materna
- Morte fetal ou neonatal com peso > 2500
- Ruptura uterina
- Admissão materna na UTI
- Toco-traumatismo
- Transfusão de sangue
- Laceração perineal de 3 ou 4 grau
- Profilaxia de tromboembolismo venoso
- Uso apropriado de profilaxia antibiótica dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica em cesariana
- Uso intraparto de antibiótico para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B
- Incidência de episiotomia
- Incidência de cesariana

8.4-Coleta de dados, análise e compartilhamento de informações.

A fonte de dados deve ser determinada após a identificação das prioridades e escolha dos indicadores de qualidade. São exemplos de fontes de dados: prontuários, livros de registros, relatórios de comitês hospitalares, ouvidorias e bancos de dados eletrônicos são exemplos das fontes existentes. O apoio da gerência de estatística será indispensável para esta tarefa, cujo principal objetivo é encontrar padrões de processos de trabalhos exitosos e não exitosos. Tais padrões são importantes para monitorar e planejar ações para qualidade do serviço.

8.5-Ações para melhoria da qualidade assistencial.

Várias ações já foram testadas com resultados positivos para melhoria da assistência materna. Apresenta-se aqui as mais comumente aplicadas no ambiente hospitalar:

- Trabalho em equipe: implantar estratégias para obter equipe de alto desempenho.
- Treinamento de equipes em situações simuladas: permite aquisição de habilidades no atendimento de emergências sem colocar em risco a vida dos pacientes.
- Implementação de diretrizes baseadas em evidências: evita incidentes causados por aplicação inadequada do conhecimento ou pela sua falta.
- Desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos otimizados: têm como referência diretrizes baseadas em evidências, mas são adaptados ao serviço por meio de contêm orientações adicionais relacionadas à organização dos processos de trabalho.

- **Listas de checagem de segurança:** amplamente usados para aumentar a segurança do paciente, devem ser adaptadas à necessidade e realidade do serviço, portanto preferencialmente devem ser desenvolvida pelos profissionais e gestores locais. O ACOG desenvolveu oito listas de verificação de segurança a saber:
 - 1-Indução do parto – paciente internada.
 - 2-Agendamento de Cesariana Planejada.
 - 3-Cesariana Planejada – Pré-operatório imediato.
 - 4-Agendamento de Indução do Parto.
 - 5-Documentação da Distócia de Ombro.
 - 6-Sulfato de Magnésio antes de Parto Prematuro Iminente para Neuroproteção.
 - 7-Propriedade da Prova de Trabalho de Parto após Cesariana Prévia (Período Ante-parto).
 - 8-Prova de Trabalho de Parto Após Cesariana (admissão intraparto).
- **Educação Permanente:** é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Sugere-se como ações de educação permanente expor o trabalhador de saúde aos seguintes desafios listados no quadro 8.2:

Desafio	Estratégias
Identificar Problemas	Estudo de Casos; Trabalho de Campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas.
Ampliar o conhecimento	Seminário de estudos; Estágio in loco; Grupos de Discussão; Teleconferências e Redes Interativas.
Desenvolver competências específicas e da equipe	Supervisão-Capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho

Quadro 8.2- Desafios e estratégias da educação permanente no âmbito hospitalar.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

- **Educação continuada:** consiste em manter a equipe em um constante processo educativo, com a finalidade de aprimorar os indivíduos e consequentemente melhorar a assistência prestada aos usuários. Sugere-se como estratégia de educação continuada as rondas de segurança, que são visitas educativas, multiprofissionais realizadas por representantes do NSP, CMM, líderes da assistência e gestores com intuito de dialogar com as equipes assistenciais sobre:
 - 1-O papel do sistema *versus* envolvimento individual nos incidentes adversos;

- 2-O que é um bom trabalho em equipe;
- 3-O que é comunicação efetiva;
- 4-Estratégias de entendimento e prevenção de erros.
- 5-Problemas e fatores que possam estar ameaçando a segurança dos pacientes.

8.6-Gerenciamento da Qualidade.

A gerencia de qualidade deve ser composta por pessoas capacitadas e funcionar em local de fácil acesso, tendo como principais atividades: 1- receber reclamações sobre a assistência oferecida; 2- investigar as causas dos desvios da qualidade; 3- adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

8.7-Medidas para segurança do paciente.

Cita-se como exemplos:

- Mecanismos de identificação do paciente;
- Orientações para a higiene das mãos;
- Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;
- Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

8.8-Gestão de pessoal.

Ressalta-se os seguintes requisitos indispensáveis para o bom gerenciamento de pessoas no contexto do combate à mortalidade materna:

- Deve sempre haver um responsável técnico pela maternidade.
- O responsável técnico sempre deve ter um substituto.
- A equipe técnica do serviço deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente de acordo com a proposta assistencial, complexidade e perfil de demanda.
- Os profissionais independentemente do seu nível de escolaridade, do quadro próprio ou terceirizado, devem ser legalmente habilitados e capacitados.
- A escala dos profissionais presentes no setor deve ser mantida em local visível e acessível ao público.
- A escala de profissionais de sobreaviso também deve estar visível e acessível, além de conter o contato telefônico dos mesmos.
- Deve-se dispor de mecanismos para prevenção de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas.
- As atribuições de cada indivíduo deve estar clara para todos os membros da equipe.

- Deve-se dar especial atenção ao Núcleo de Segurança do Paciente e ao Comitê de Mortalidade Materna no que concerne à disponibilização de pessoas com carga horária suficiente para desempenhar suas atividades.

8.9-Transporte adequado de pacientes.

O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS no 2.048, de 05 de novembro de 2002, precisando dispor, entre outros itens, de:

- Maca para transporte com grades laterais.
- Suporte para soluções parenterais.
- Suporte para cilindro de oxigênio.
- Incubadora para transporte de recém-nascidos.
- Cilindro transportável de oxigênio.
- Protocolo para transporte seguro.

8.10-Prevenção e controle de infecção.

- A maternidade deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização
- Deve haver uma comissão responsável por implementar o Programa de Controle de Infecção
- O responsável técnico do serviço de atenção materna deve estimular a adesão às práticas de higiene das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.
- As preparações alcoólicas para higiene das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos.
- Os familiares e acompanhantes dos pacientes devem receber orientações sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

8.11-Inclusão de acompanhantes no processo de assistência.

Incentivar a presença de um acompanhante e empoderá-lo por meio de educação, e conscientização de seus direitos são aspectos importantes a serem considerados no combate à mortalidade materna, pois a presença de acompanhante consciente de seus direitos e deveres pode contribuir para as boas práticas na assistência.

8.12-Classificação de risco.

O Acolhimento Obstétrico com Classificação de Risco é recomendado pelo Ministério da Saúde com intuito de reduzir morbimortalidade materna e neonatal, provendo melhoria da qualidade e segurança na assistência. Tal medida, realizada por profissional especializado, garante assistência mais segura, humanizada, e individualizada, agilizando o atendimento dos casos mais graves. O quadro 3 descreve uma classificação de risco adaptada do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia publicado pelo MS / Rede Cegonha em 2014 ⁹.

A classificação de risco poderá ser realizada inicialmente por enfermeiro obstétrico treinado, devendo a paciente ser atendida com a seguinte agilidade e ordem de prioridade após ser classificada (quadro 8.3):

- Grupo vermelho: prioridade máxima, emergência, atendimento imediato.
- Grupo laranja: prioridade I, muito urgente, atendimento em no máximo 10 minutos.
- Grupo amarelo: prioridade II, urgente, atendimento em no máximo 30 minutos.
- Grupo verde: prioridade III, pouco urgente, atendimento em até 2 horas.
- Grupo azul: prioridade IV, não urgente, atendimento em até 4 horas.

A paciente deverá ser reavaliada quanto a classificação de risco sempre que:

- Não receba atendimento médico no tempo preconizado.
- Receber o primeiro atendimento médico no hospital.
- For admitida em outro setor do hospital.

PARÂMETRO	AZUL	VERDE	AMARELO	LARANJA	VERMELHO
Nível de consciência e História de convulsão			sem alteração do nível de consciência, mas com história de conclusão	alteração do nível de consciência porém responsiva	Não responsiva
Padrão respiratório		-obstrução nasal, -tosse produtiva	Dispneia moderada, fala frases mais longas	Dispneia intensa, dificultando a fala	Estridor respiração agônica
Saturação de O₂			≥ 95%	≤ 94%	≤ 89%
PA sistólica		≥ 80 e < 140 mmHg	≥140 mmHg a < 160 mmHg	≥ 160 mmHg	Inaudível ou abaixo de 80
PA diastólica		< 89 mmHg	≥ 90 mmHg a 109 mmHg	>110 mmHg	
Frequência cardíaca		60 a 90 bpm	91 a 119 bpm	> 120 ou <60 Em paciente assintomática	> 120 ou <60 bpm com sinais de choque (pele fria, palidez acentuada, pulso fino e síncope)
Reperusão periférica					≥ 2 segundos
temperatura axilar	<37,8 °C	37,8 - <38,0 °C	38,0—39,9°C	≥ 40°C	
Dor: escala visual analógica	sem dor	dor leve	dor moderada	dor intensa	
	0	1—2—3	4—5—6	7—8—9—10	
					
Sinais, Sintomas e situações de alerta	-Retirada de pontos ou corpo estranho	-Gestantes escoltadas ou encaminhadas do Centro de saúde, mas não incluídas nas situações de urgência	-sinais de infecção em sítio cirúrgico ou mamário -dor lombar -dor edema e/ou rigidez em panturrilha -sinais de desidratação	-cefaléia -dor de estômago -sintomas visuais -sinais de abdome agudo	-Pós-parto imediato, parto domiciliar ou no trajeto
Exame obstétrico	normal	-sangramento vaginal leve	-fase ativa do trabalho de parto -sangramento vaginal moderado	-Hipertonia uterina - Sangramento genital intenso -perda de líquido amniótico	-Período expulsivo do trabalho de parto -Prolapso de cordão umbilical -Exteriorização de partes fetais - bradicardia fetal -mecônio

Quadro 8.3- Classificação de risco em obstetrícia-

- **Fonte:** adaptada do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia publicado pelo MS / Rede Cegonha, 2014.

8.13-Adoção de normas técnicas vigentes.

O gestor deve conhecer e implementar as normas dispostas no Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (Anexo B) da RDC- Resolução da diretoria colegiada- 36/2008, das normas da RDC 63/2011 (Anexo C) e demais normas vigentes.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: A Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil e no Mundo p. 11-14, 2014.
2. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e Neonatal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acessado em 28/6/2017.
- 3,ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: p. 17-52, 2014.
- 4,ACOG – THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Quality and Safety in Women's Health Care , 2nd ed. Washington: ACOG, p 124, 2010.
- 5.ACOG – THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Patient Safety & Quality Improvement. Optimizing Protocols in Obstetrics. Disponível em: http://www.acog.org/About_ACOG/ACOG_Districts/District_II/Patient_Safety. Acessado em: 27/06/17.
- 6.AC,MarColin. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. RBGO-Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,p. 441- 445, 2015.
- 7.ACOG – THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Patient Safety Checklists disponível em <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Patient-Safety-Checklists-List>, acessado em 28/06/2017.
- 8.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília, 2009.
- 9.MINISTÉRIO DA SAÚDE / REDE CEGONHA. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia , 2014.

9. Empoderamento da parturiente e acompanhante

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Nara Macedo Botelho

Luiza Renata Pinto Bentes

Mariseth Carvalho de Andrade

A Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990, e o artigo 198 da Constituição Federal, que regulamentam o Sistema Único de Saúde, dispõem sobre o princípio do direito à informação sobre a saúde dos usuários, extensiva aos seus familiares e acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível. A disponibilidade das informações sobre seus direitos e etapas do processo de cuidados poderá favorecer a colaboração das parturientes e seus acompanhantes, repercutindo positivamente no desempenho da equipe assistencial e consequentemente reduzindo a mortalidade materna ^{1,2}.

A permanência de uma pessoa no cenário da parturição acompanhando a mulher, oferecendo-lhe apoio contínuo, implica em resultados positivos no que tange tanto a aspectos físicos quanto psicológicos do casal ³. Um acompanhante bem informado, ciente de seus direitos e bem recebido pela equipe pode contribuir para o sucesso do parto de inúmeras maneiras, entre elas ⁴:

- Ser informada sobre seus direitos.
- Garantir um melhor atendimento para a sua parceira;
- Estimular o parto normal;
- Diminuir a duração do trabalho de parto;
- Diminuir o medo, a tensão e, consequentemente,
- Aliviar a dor;
- Aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- Diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- Favorecer o aleitamento materno.

Tais benefícios, contribuindo para a segurança da paciente, tornam a presença de um acompanhante uma poderosa arma em potencial para o combate à mortalidade materna.

A OMS e o Ministério da Saúde descrevem muitos direitos das parturiente, entre eles destacam-se ^{2,5}:

- Ser informada sobre seus direitos.
- Estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto por alguém de sua escolha;
- Ser informada pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê;
- Adotar a posição que desejar no momento da expulsão;
- Caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto;
- Receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos;
- Receber massagens ou outras técnicas relaxantes;
- Utilizar roupas confortáveis durante o trabalho de parto;
- Tomar banhos mornos; receber o bebê para mamar imediatamente após o parto;
- Ser chamada pelo nome e conhecer a identidade dos profissionais que a estão atendendo.
- Manifestar suas opiniões e preferências.
- Ter suas dúvidas dirimidas
- Receber assistência ao parto, que é considerado emergência médica e não pode ser negado à parturiente.

Garantir que estes direitos sejam respeitados pode ser um desafio ao gestor, que deverá contribuir para transformar parturiente e acompanhante, de membros passivos a importantes parceiros da equipe e fiscais de seus próprios direitos, utilizando estratégias como ^{1,2,6,7,8,9,;}

- Disponibilizar as informações sobre os direitos da gestante e puérpera por meio do maior número de veículos de informação possível, tais como: cartazes, panfletos, palestras, grupos de gestantes, aplicativos de celular, exibição de vídeos educativos na sala de espera, entre outros.
- Elaborar todos os informativos supracitados de maneira a incentivar os usuários não somente a serem fiscais de seus direitos, mas também a adquirirem uma postura colaborativa com a equipe assistencial;
- Implementar uma equipe de acolhimento que explique de maneira clara e objetiva sobre todos os direitos da parturiente e as etapas do processo de cuidados, certificando-se de que paciente e acompanhante tenham compreendido corretamente;
- Estabelecer como rotina do serviço que seja elaborado um plano terapêutico individual para cada gestante e puérpera assistida, baseado em protocolos clínicos e diretrizes;

- Designar um membro da equipe responsável por explicar o plano terapêutico às usuárias e seus acompanhantes
- Treinar todos os membros do corpo clínico para estabelecer comunicação eficaz com a paciente e seu acompanhante, deixando claro a indicação e o método de execução antes de realizar cada procedimento;
- Incentivar a equipe assistencial a estar comprometida com o processo de cuidar que reconheça e respeite os direitos das parturientes;
- Garantir um meio de comunicação eficiente entre usuários e gestores, onde o usuário expresse suas reclamações, elogios e sugestões e tenha uma resposta oportuna.
- Este canal de comunicação pode ser representado por mais de uma ferramenta, a saber: 1-formulário de pesquisa de satisfação; 2-rondas realizadas pelos líderes e gestores; 3-serviço de ouvidoria permanente e ativo; 4- caixa para sugestões; 5- telefone para denúncias, entre outros.

REFERENCIAS

- 1.Carvalho VF at al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.2, p.572-581, 2014.
- 2,OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996.
- 3.Santos, ALS et al. O acompanhante no trabalho de Parto Sob a perspectiva da puérpera. Rev Enferm UFSM, Jul./Set.;5(3):531-540, 2015.
- 4,Ministério da Saúde. Pai Presente Cuidado e Compromisso. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante, acessado em 31/07/2017.
- 5.PORTAL BRASIL. Conheça os direitos da mulher grávida. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/conheca-alguns-direitos-da-mulher-gravida>. Acessado em: 04/09/2017.
- 6.L. N. J. Amaral at al. Grupo De Apoio Ao Parto:Procedimentos Hospitalares E Plano De Parto. SIAPARTO II (II Simpósio Internacional De Assistência Ao Parto) p. 8, 2015.
- 7.C. F. Junges, D. A. Vasconcelos, O. M.Bruggemann. Direito Ao Acompanhante No Trabalho De Parto, Parto E Pospasto Imediato: Educação Em Saúde No Pré-Natal. SIAPARTO II (II Simpósio Internacional De Assistência Ao Parto) p. 21, 2015.
- 8.C. S. Paschoalatto, A. M. N. Silva, P. S. S.A. Modes. Abordagem Sobre Trabalho De Parto E Parto As Gestantes Em Um Grupo Educativo. SIAPARTO II (II Simpósio Internacional De Assistência Ao Parto) p. 28, 2015.
9. I. B. Silva; F. O. Trindade; M. S. Almeida. Práticas Educativas Com Puérperas Em Alojamento Conjunto:Relato De Experiência. SIAPARTO II (II Simpósio Internacional De Assistência Ao Parto) p. 43, 2015.

10.Santos, DS at al. Sala de Espera para Gestantes: uma Estratégia de Educação em Saúde. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Nº 36: p. 62 – 67, 2012.

10. Estratégias de combate ao óbito materno no hospital

Marília Gabriela Queiroz da Luz

Marcus Vinícius Henriques Brito

Nara Macedo Botelho

Estratégia consiste em: “arte de utilizar planejadamente os recursos que se dispõe de modo a atingir determinados objetivos”¹. No contexto do hospital as estratégias são os planos de ação.

O objetivo primordial das estratégias tratadas neste capítulo é reduzir o óbito materno no cenário hospitalar, combatendo as causas evitáveis por meio de barreiras aos fatores predisponentes e causas raízes conhecidas, portanto é indispensável que tais estratégias, aqui exemplificadas, sejam adaptadas à realidade de cada serviço².

Também é importante estar ter em mente que o resultado obtido de uma estratégia pode estar associado a outro plano de ação, por exemplo elaborar protocolo assistencial é fundamental, mas esta estratégia não terá bons resultados se o protocolo não for amplamente divulgado ou se a equipe não tiver uma boa liderança³.

Os planos de ação estratégicos devem conter minimamente^{2,3,4}:

- O que fazer: a possível solução escolhida pela equipe.
- Porque: o objetivo final das ações.
- Quem: o responsável pela execução, incluindo os diretores e gerentes
- Como: tarefas para que a possível solução seja implementada
- Quando: o prazo para que cada tarefa seja realizada.
- Onde: qual ou quais setores da maternidade estarão envolvidos.
- Recursos necessários: deve-se incluir recursos humanos, estruturais, financeiros, de equipamento, etc.
- Como monitorar: como o progresso das ações será medido
- Possíveis limitações e como superá-las

Para colocar em prática essas estratégias, pode-se utilizar o PDCA, uma ferramenta gerencial muito difundida, que consiste em planejar, executar, verificar e corrigir as ações (em inglês *Plan, Do, Check e Action*). Esse processo corresponde ao ciclo que todo gestor de saúde que atue com foco no planejamento estratégico deve compreender e implementar⁵. Para melhor compreender as estratégias as tabelas de 10.1 a 10.15 trazem exemplos de planos de ação^{2,3,4,5, 6, 7, 8, 9}:

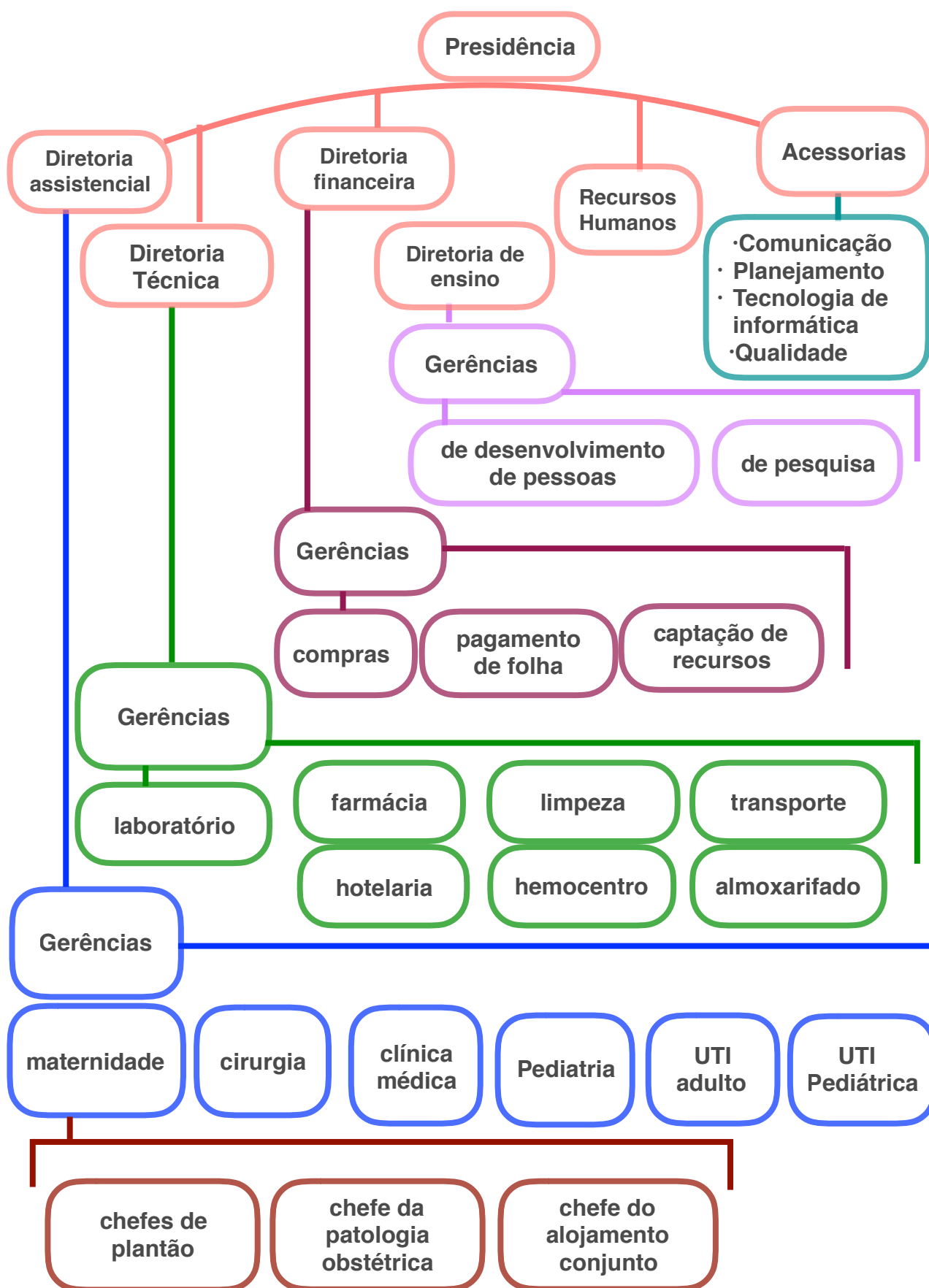


Figura 10.1- Grupos de redes sociais devem ser hierarquizados

*COREME: coordenação de residência médica

Exemplos: Grupo 1: Líderes da Presidência

Grupo 2: Líderes da Diretoria assistencial

Grupo 3: Líderes da Maternidade

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.1- Plano de ação para elaborar protocolo assistencial.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Falta de protocolo assistencial	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Elaborar protocolo assistencial
Por quê	Otimizar a continuidade e acurácia nas condutas assistenciais
Quem	• Direção de ensino e pesquisa • Diretoria assistencial • Gerência da maternidade • Obstetras da equipe assistencial • Outros especialistas que atuem na maternidade • Residentes de ginecologia e obstetrícia
Como	• Escolher os temas do protocolo com base na necessidade do serviço (avaliar incidentes, patologias mais frequentes, principais dificuldades do profissional de saúde) • Elaborar cronograma de reuniões • Cada residente elabora um capítulo do protocolo sob orientação de um obstetra • Cada protocolo será apresentado e discutido em reuniões com gestores e equipe assistencial • O protocolo final deverá: • Basear-se na literatura científica • Ser consenso entre equipe assistencial e de gestores • Ser adaptado aos recursos disponíveis no hospital
Quando	No prazo de 6 meses
Onde	Em toda maternidade (centro obstétrico, enfermarias e triagem)
Recursos	• Disponibilizar carga horária aos gestores e servidores • Sistema para projetar e apresentar o protocolo • Auditório, microfone, som
Como monitorar	• Taxa de óbito materno para cada causa específica • Gerenciamento de protocolo (auditoria de prontuário)
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Absenteísmo nas reuniões	Estabelecer o período das reuniões como parte da carga horária prevista no vínculo de trabalho para cada membro
Discordância com literatura científica	Após o protocolo ser discutido, encaminha-se para dois revisores de conhecimento notório
Impossibilidade de adaptar o protocolo com segurança ao paciente por falta de recursos	Presença dos gestores nas reuniões para avaliar possibilidade de adquirir o recurso necessário e novas tecnologias

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.2- Plano de ação para divulgar o protocolo e treinar a equipe.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Não conformidades no uso do protocolo pela equipe assistencial	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Divulgação do protocolo e treinamento da equipe
Por quê	Melhorar adesão ao protocolo e segurança do paciente
Quem	• Direção de ensino e pesquisa • Gerência da maternidade • Gestores clínicos • Líderes assistenciais
Como	• Primeira reunião: • Definir prioridades: quais protocolos devem ser trabalhados inicialmente com base na necessidade do serviço (avaliar incidentes, patologias mais frequentes, principais dificuldades do profissional de saúde) • Elaborar cronograma de treinamento • Ampla divulgação dos treinamentos: • Redes sociais • Aplicativo de telefone celular • Cartazes • Documento circular • Memorando para as sub-gerências • Será priorizado um protocolo por semana, aplicando-se a seguinte metodologia de ensino: -Treinamento em grupo: protocolo será apresentado em palestra de curta duração seguida de apresentação e discussão de caso clínico. Este treinamento deverá abranger o máximo de servidores e categorias, sendo indispensável a presença de pelo menos um membro de cada equipe de plantão para que os mesmos sejam multiplicadores. -Treinamento <i>in loco</i>: os multiplicadores do protocolo devem observar o atendimento de pacientes para as quais o protocolo em foco se aplica e discutir esses casos com os demais membros da equipe de plantão, realizado pelos gestores clínicos e líderes assistenciais.
Quando	No prazo de 6 meses (trabalha-se com 12 protocolos em não conformidade)
Onde	Em toda maternidade (centro obstétrico, enfermarias e triagem)
Recursos	• Disponibilizar carga horária aos servidores • Sistema para projetar e apresentar o protocolo • Auditório, microfone, som
Como monitorar	• Taxa de óbito materno para cada causa específica • Gerenciamento de protocolo (auditoria de prontuário) • Rondas da gestão
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Absenteísmo nos treinamentos em grupo	Estabelecer o período dos treinamentos como parte da carga horária prevista no vínculo de trabalho para cada participante
Problemas na divulgação dos treinamentos e protocolos: pouco alcance de servidores	Elaborar plano de ação para otimizar comunicação entre membros de diferentes setores e categorias

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.3- Plano de ação para criar meios de comunicação eficazes.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Pouco alcance na divulgação de informações	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Criar meios de comunicação eficazes
Por quê	otimizar comunicação entre membros de diferentes setores e categorias
Quem	• Presidente do hospital • Todas as diretorias • Todas as gerências e sub-gerências • Gestores clínicos • Líderes assistenciais • Acessoria de comunicação
Como	• Primeira reunião: • Todas as gerências e sub-gerências trazem telefone celular e e-mail de seus servidores • Definir que tecnologia será usada: grupos de <i>WhatsApp</i>, grupos de <i>Facebook</i>, grupos de <i>e-mail</i>, quadro de avisos, cartazes impressos e digitalizados, sistema de rádio com alcance em todo hospital, intranet. • Definir grupos de redes sociais devem ser criados e quais membros devem fazer parte • Os grupos de redes sociais devem ser hierarquizados e incluir grupos de líderes e liderados conforme fluxograma da figura 10.1. • Cada gestor cria os grupos para seus respectivos liderados com a ajuda da acessoria de comunicação, se necessário, ficando responsável por divulgar informações nestes meios. • A acessoria de comunicação fica responsável por divulgar as informações repassadas pelos gestores por meio de quadro de avisos, cartazes impressos e digitalizados, sistema de rádio com alcance em todo hospital, intranet, ficando responsável pela montagem e criação de tais meios
Quando	No prazo de 1 mês
Onde	Em todo o hospital
Recursos	• Telefones celulares móveis • Rede e equipe de informática • Rede de rádio e acessórios de comunicação • Quadros de avisos • Impressoras
Como monitorar	• Frequência de servidores nos eventos divulgados • Taxa de adesão a protocolos divulgados e monitorados
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
problemas técnicos nos sistemas de informática e rádio	manter equipe técnica a disposição

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.4- Plano de ação para Implantar protocolo de detecção precoce da deteriorização do paciente.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Atraso ao detectar paciente deteriorando	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Implantar protocolo de detecção precoce da deteriorização do paciente
Por quê	Intervir antes de uma parada cardiorrespiratória ocorrer
Quem	• Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade • Gerência geral de enfermagem • Gestores clínicos
Como	• Primeira reunião: • Diretoria Assistencial leva o escore proposto (vide figuras 10.2 e quadro 10.1) • Realiza-se treinamento dos gestores • Delimita-se o público a ser treinado: médicos especialistas; residentes; enfermeiros; técnicos de enfermagem • Decide-se estratégias de capacitação da equipe: a) aula expositiva; b) treinamento contextualizado com simulações; c) treinamento “in loco” da equipe • Educação continuada: • auditoria de prontuário e rondas de gestão com “<i>feedback</i>” oportuno: o gestor identifica os casos em não conformidade com o protocolo
Quando	No prazo de 1 mês
Onde	Em todo o hospital
Recursos	• Impressos do escore de deteriorização precoce • Auditório • Recursos áudio-visuais • Recursos humanos
Como monitorar	• Indicador: taxa de parada cardiorrespiratória
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Não adesão ao protocolo	Educação continuada: rondas e “ <i>feedback</i> ” oportuno
Casos de evolução súbita	Time de resposta rápida

Fonte: LUZ MGQ, 2018

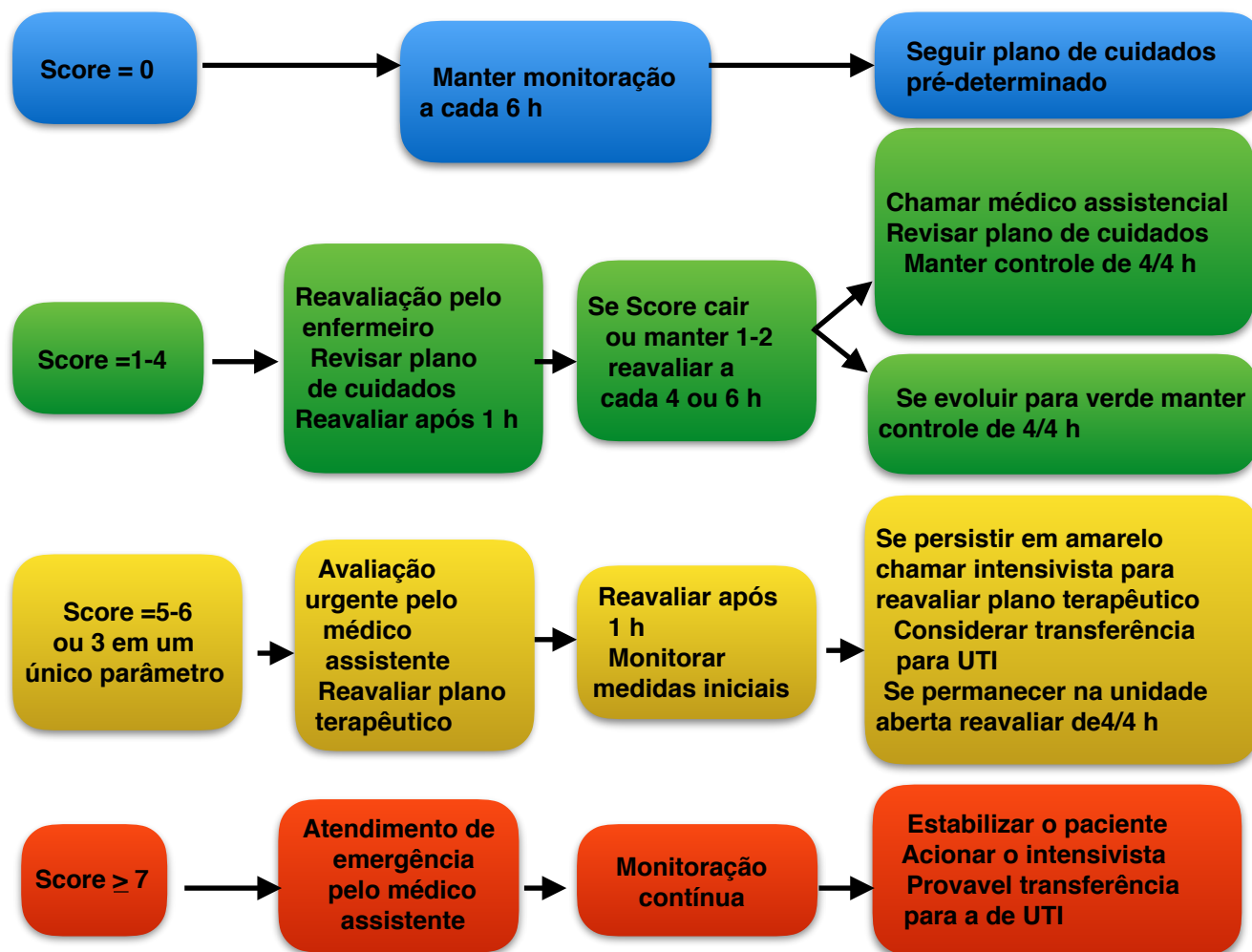


Figura 10.2- fluxo de trabalho segundo escore de detecção precoce da deteriorização da paciente

Fonte: LUZ MGQ, 2018

ESCALA DE MEOWS***						
Pontuação		2	1	0	1	2
Temperatura	°C	≤ 35	35,1- 36,0	36,1	37,9	≥ 38
Pressão sistólica	mmHg	≤ 90	91 - 100	101 - 149	150 - 159	≥ 160
Pressão diastólica	mmHg	----- --	----- -	≤ 89	90 - 99	≥ 100
Pulso	Bpm	≤ 40	41 - 50	51 - 99	100 - 119	≥ 120
Frequência respiratória	Rpm	< 10	----- -	11 - 20	21 - 29	≥ 30
Saturação de O2	%	≤ 95	----- -	96 - 100	-----	-----
Dor	Score*	----- --	----- -	0 - 1	2 - 3	-----
Consciência	Resposta**	P ou U	V**	A**	-----	-----

Quadro 10.1: Parâmetros do escore de detecção precoce da deteriorização da paciente.

*Score de dor, resposta verbal: 0= sem dor; 1= dor leve aos movimentos; 2= dor intermitente ao repouso ou moderada aos movimentos;

**Resposta: V= resposta a estímulo verbal; A = alerta; P=resposta a estímulo doloroso; U= inconsciente.;

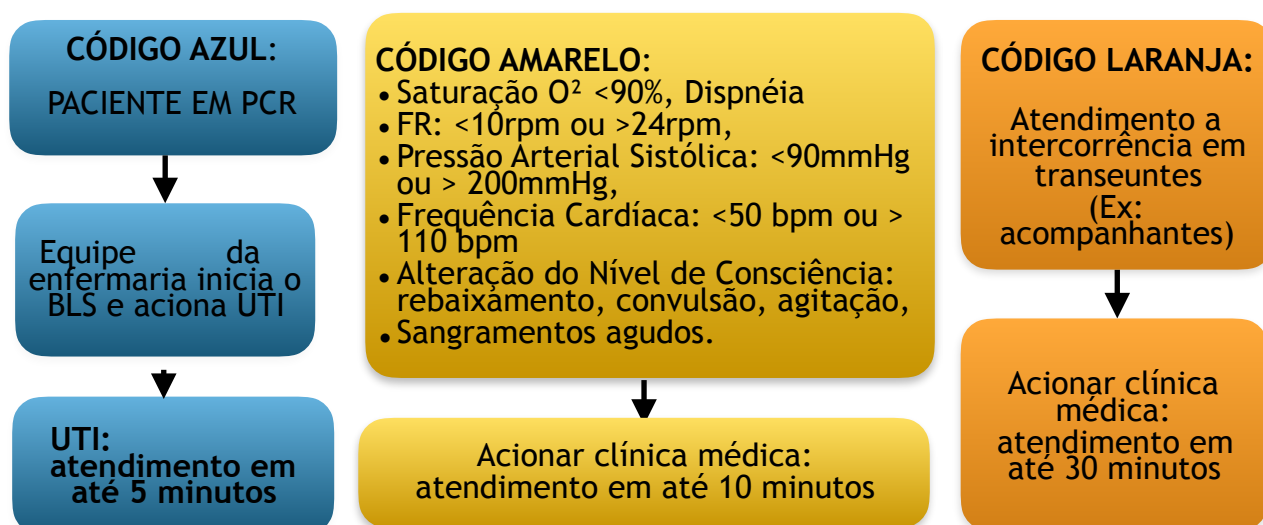
***MEOWS: *Modified Early Obstetric Warning Score* (escore de detecção obstétrica precoce modificada)

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.5- Plano de ação para criar um time de resposta rápida

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Demora ao iniciar reanimação cardiorrespiratória	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Criar time de resposta rápida
Por quê	Intervir imediatamente em casos de deteriorização clínica
Quem	- Diretoria assistencial e diretoria de ensino e pesquisa - Gerências da maternidade, da clínica médica e de enfermagem
Como	- Determina-se os líderes dos times de resposta rápida: intensivista chefe do plantão - Determina-se os componentes do time: médico intensivista, enfermeiro intensivista, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem do setor onde ocorre a PCR - Define-se códigos e fluxo de trabalho, figura 10.3. - Decide-se estratégias de capacitação da equipe: a) rodízio de treinamento em suporte básico e avançado de vida para todos os médicos e enfermeiros do hospital; b) treinamento “in loco” em suporte básico de vida dos demais membros da equipe por meio dos multiplicadores. Os médicos e enfermeiros já treinados realizam aulas expositivas e simulações com os demais membros da equipe multidisciplinar. - Elabora-se o cronograma de treinamento - Educação continuada: simulações surpresas realizadas pelo time de resposta rápida em todos os setores periodicamente e “feedback” oportuno.
Quando	No prazo de 6 meses
Onde	Em todo o hospital
Recursos	- Ensino terceirizado para o ACLS (<i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>) - Disponibilização de carga horária para os multiplicadores
Como monitorar	Simulações surpresas
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Novos funcionários sem treinamento	Treinamento de todo funcionário recém-admitido
Perda de habilidade dos já treinados	Novo treinamento em ACLS a cada 2 anos

Fonte: LUZ MGQ, 2018

**Figura 10.3:** Códigos e fluxo de trabalho do Time de Resposta Rápida.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.6- Plano de ação para otimizar a oferta de leitos.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
A demanda ultrapassa a capacidade de leitos	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Otimizar a oferta de leitos
Por quê	Garantir atendimento às paciente com necessidade de internação
Quem	• Presidência • Diretoria Assistencial • Diretoria de ensino e pesquisa • Gerência da maternidade • Gerência da clínica médica • Gerência da clínica cirúrgica
Como	• Incluir critérios de alta e de internação em todos os protocolos assistenciais • Líder discute casos clínicos para que os critérios de internação e alta sejam seguidos • Parcerias com outros hospitais para encaminhar pacientes que estejam excedendo a capacidade • Regulação de leitos: notificar às autoridades os casos encaminhados sem notificação • Plano de contingência: uso de leitos internos de outras clínicas para receber puéperas • Plano terapêutico multidisciplinar para cada paciente: reduz tempo de internação do paciente e melhora os resultados
Quando	continuamente
Onde	Enfermarias Unidade de terapia intensiva Urgência e emergência
Recursos	• Meios eletrônicos para disponibilizar e divulgar protocolos • Recursos humanos
Como monitorar	• Índice de rotatividade dos leitos • Taxa de ocupação dos leitos • Taxa de substituição dos leitos
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Não adesão aos critérios de alta	Rondas de líderes de equipe com “ <i>feedback</i> ” oportuno

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.7- Plano de ação para empoderar pacientes e acompanhantes.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Paciente pouco colaborativa	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Empoderar paciente e seu Acompanhante
Por quê	Transformar paciente e acompanhante em agentes ativos no processo de cuidado
Quem	• Diretoria de ensino e pesquisa • Gerência da maternidade • Gerência do biopsicossocial • Acessoria de comunicação
Como	• Decidir quais informações são relevantes no processo de empoderamento: • direito a acompanhante • tirar dúvidas sempre que necessário para entender seu plano terapêutico: medicamentos, procedimentos e previsão de alta • avisar equipe sempre que sintomas novos surgirem • estar atento a sintomas como sangramento, febre, cefaléia • adotar a posição que desejar no momento da expulsão; • caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto; • receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos; • utilizar roupas confortáveis durante o trabalho de parto; • tomar banhos mornos; receber o bebê para mamar imediatamente após o parto; • ser chamada pelo nome e conhecer a identidade dos profissionais que a estão atendendo. • manifestar suas opiniões, temores e preferências. • ir ao banheiro com acompanhante para evitar quedas • Divulgar informações por meio de panfletos • Sensibilizar toda equipe assistencial sobre a necessidade de aceitar paciente e acompanhante como parceiros no processo de cuidado e buscar obter confiança dos mesmos • Treinar psicólogos e assistentes sociais para um acolhimento no qual as informações selecionadas possam ser repassadas de maneira clara e convincente
Quando	continuamente
Onde	• Enfermarias • Unidade de terapia intensiva • Urgência e emergência • Centro obstétrico e setor de PPP (pré-parto, parto e puerpério)
Recursos	• Folhetos educativos • Recursos humanos
Como monitorar	• Pesquisa de satisfação com equipe e usuários da unidade de saúde
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Dificuldade de membros da equipe em aceitar essa cultura de empoderamento	• Rondas de líderes de equipe com “<i>feedback</i>” oportuno • Serviço de ouvidoria
Pouca compreensão por parte de paciente e acompanhante	• Treinar toda equipe a confirmar se paciente e acompanhante compreendem as informações

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.8- Plano de ação para implementar plano terapêutico individualizado.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Tempo de permanência no hospital maior que o esperado	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Implementar plano terapêutico individualizado
Por quê	Otimizar tempo e recursos, com a definição de metas à serem seguidas por equipe multidisciplinar, reduzindo morbimortalidade e tempo de internação
Quem	• Gerência da maternidade • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Gerência da maternidade elabora o modelo de plano terapêutico (PT) juntamente com a equipe assistencial • O PT deve conter minimamente as seguintes etapas: -diagnóstico -definição de metas -divisão de responsabilidade entre os membros da equipe -reavaliação • Médico assistente avalia paciente na internação para definir hipóteses diagnósticas e melhor opção terapêutica e propedêutica. • Em seguida, o enfermeiro avalia as necessidades relacionadas ao cuidado e autocuidado, quais os recursos serão necessários para o cumprimento do plano definido pelo médico e em quais prazos cada passo será executado • A assistente social e psicóloga realizam a identificação de questões sociais como a ausência de cuidadores, transporte e residência fixa, além de questões psicológicas enfrentadas pelo paciente e família. • A assistência farmacêutica é fundamental para a reconciliação medicamentosa • A nutricionista com o apoio de um fonoaudiólogo, define o tipo de dieta para cada paciente, levando em consideração suas preferências, deficiência nutricional e déficits físicos. • A reavaliação poderá ser realizada em visita multidisciplinar
Quando	continuamente
Onde	• Enfermarias • Unidade de terapia intensiva • Urgência e emergência
Recursos	• Recursos humanos • toda tecnologia disponível no hospital
Como monitorar	• Média de permanência • Taxa de rotatividade • Taxa de mortalidade • Auditoria de prontuário
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Dificuldade de membros da equipe em aderir ao plano terapêutico	• Rondas de líderes de equipe com “<i>feedback</i>” oportuno • Auditoria de prontuário com “<i>feedback</i>” oportuno
Pouca compreensão por parte de paciente e acompanhante	• Treinar toda equipe a confirmar se paciente e acompanhante compreendem as informações

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.9- Plano de ação para implementar visita multidisciplinar.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Dificuldades em alcançar metas do plano terapêutico	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Implementar visita multidisciplinar
Por quê	• Coordenar o cuidado com a paciente • Checar os riscos e medidas de prevenção • Estabelecer metas diárias/semanais de cuidado • Garantir agilidade nas condutas, pareceres e exames complementares • Garantir adequado acolhimento do paciente e familiares • Preparo para a alta segura • Possível modificação do plano terapêutico
Quem	• Gerência da maternidade • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Gerência da maternidade elabora o plano trabalho juntamente com a equipe assistencial • O plano de trabalho deve conter minimamente: • Líder: obstetra • Demais participantes da visita: residente, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, farmacêutico • Cronograma: dias da semana e horários nos deverá ocorrer a visita • Critérios de seleção de paciente: por exemplo, toda gestante com pré-eclâmpsia grave • Ponto de encontro: por exemplo posto de enfermagem ou sala de prescrição • Um roteiro para a avaliação : vide quadro 10.2
Quando	continuamente
Onde	• Enfermarias • Unidade de terapia intensiva • Urgência e emergência
Recursos	• Recursos humanos • toda tecnologia disponível no hospital
Como monitorar	• Média de permanência • Taxa de rotatividade • Taxa de mortalidade • Auditoria de prontuário
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Dificuldade de membros da equipe em aderir ao plano terapêutico	• Rondas de líderes de equipe com “<i>feedback</i>” oportuno • Auditoria de prontuário com “<i>feedback</i>” oportuno
Pouca compreensão por parte de paciente e acompanhante	• Treinar toda equipe a confirmar se paciente e acompanhante compreendem as informações

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Nome	
Prontuário	
1-Dias de internação	
2-Tempo de pós-operatório e procedimento:	
3-Impressão diagnóstica clínica:	
3.1-Diagnóstico diferencial	
4-Patologia obstétrica:	
5-Fator de Risco para infecção:() NÃO ()SIM	
6-Medicamentos em uso:	
6.1-Interações medicamentosas:	
6-Queixas principais	
7-Principais achados no exame físico	
9-Dieta:	
10-Pendências:	
11-Aspectos psicossociais	
11.1-Alteração do estado psicológico:	() não () sim, descrever:
11.2-Família presente:	() não () sim
11.3-RN com a puerpera:	() não () sim
11.4-Transporte para sua residência:	
12-Dieta	
13-Pendência	
14-Plano terapêutico:	

Quadro 10.2: Formulário para visita multidisciplinar no alojamento conjunto.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.10- Plano de ação para identificação segura do paciente.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Identificação incorreta do paciente	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Identificar, com segurança, o paciente como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço e/ou procedimento
Por quê	• Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente
Quem	• Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade • Gerência de regulação de leitos • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Todo paciente no ato da internação deverá receber uma pulseira de identificação • A pulseira deve ser de plástico e conter os dois identificadores preconizados: nome completo e número do prontuário do hospital (esses dados impressos devem ser possíveis de se acoplar na pulseira) • Antes de qualquer procedimento o profissional de saúde deverá confirmar a identificação do paciente
Quando	continuamente
Onde	• Setor de internação • Em todos setores de assistência
Recursos	• Recursos humanos • Pulseira plástica • Impressora
Como monitorar	• Amostra aleatória simples • A gerencia de estatística verifica se as pacientes da amostra estão devidamente identificada
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
O profissional responsável na internação pode esquecer de colocar a pulseira na paciente	• O profissional que receber a paciente no próximo ambiente de cuidado deve solicitar que o setor de internação providencie a pulseira
Os dados da pulseira podem estar incorretos	• O profissional que receber a paciente no próximo ambiente de cuidado deve confirmar se os dados da pulseira estão corretos, caso haja não conformidades, o profissional deve solicitar que o setor de internação providencie uma nova pulseira com as devidas correções
O paciente pode retirar a pulseira	O paciente deve ser orientado já na internação sobre a importância da pulseira

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.11- Plano de ação para otimizar comunicação entre membros da equipe assistencial

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Falha na comunicação entre membros da equipe assistencial	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor.
Por quê	• Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente e agiliza condutas
Quem	• Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade • Todas as gerências de apoio: laboratório, diagnóstico por imagem, transporte... • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Ao receber resultados de exames críticos por telefone, o profissional deve escrever o que foi ouvido, ler de volta as informações anotadas para quem as transmitiu e solicitar a confirmação das mesmas. Após a confirmação anotar as informações no prontuário do paciente. • Não deve ser permitida prescrição por telefone. • A prescrição verbal somente é permitida em situações de emergência. Nesses casos a enfermagem deve repetir para o médico a orientação verbal para que o mesmo possa confirmar a informação antes da administração do medicamento
Quando	continuamente
Onde	• Em todos setores de assistência
Recursos	• Recursos humanos
Como monitorar	• Amostra aleatória simples • avaliação trimestral • Auditoria de prontuário: avaliar se resultado de exame crítico vem sendo anotada no prontuário e se os medicamentos administrados ao pacientes foram prescritos pelo médico assistente
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
O profissional pode não aderir ao plano de trabalho proposto	• Rondas de líderes de equipe com “<i>feedback</i>” oportuno • Auditoria de prontuário com “<i>feedback</i>” oportuno

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.12- Plano de ação para utilização segura dos medicamentos de alta vigilância.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Falha na utilização dos medicamentos de alta vigilância	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Desenvolver e implementar estratégias e mecanismos que promovam a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no processo de utilização de Medicamentos de Alta Vigilância-MAV.
Por quê	Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente. Os MAV possuem risco aumentado de provocar danos significativos nos pacientes quando ocorre falha na utilização dos mesmos.
Quem	- Diretoria Assistencial - Gerência da maternidade - Gerência da farmácia - gestores clínicos - toda equipe assistencial
Como	- Nos diversos setores da farmácia e da assistência (UTI, enfermaria, centro obstétrico, urgência e emergência), os MAV são armazenados em recipientes específicos de cor vermelha e em locais de acesso restrito. - Os MAV estão estocados restritamente em setores assistenciais com justificativa clínica para tal. - Os MAV são marcados com tarjas/adesivos vermelhos, o que os diferencia no ato do armazenamento, distribuição, dispensação, transporte, recebimento e administração. - No sistema de prescrição eletrônica, os MAV serão registrados em negrito - A relação de todos MAV deve estar disponível nas unidades assistenciais, sendo que, os que são mantidos em estoque em cada unidade estão assinalados na mesma.
Quando	continuamente
Onde	Em todos setores de assistência e da farmácia
Recursos	- Recursos humanos - Etiquetas de identificação - Armários com tranca - Recipientes de armazenamento
Como monitorar	Rondas de gestão: são consideradas conformes as unidades de internação que apresentam em seu estoque quantidade igual ou inferior a definida e que apresentam somente os MAV que conste em sua lista de estoque padrão
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
Presença de medicamentos fora da validade ou fora da lista padrão do setor	Rondas de líderes de equipe com correção oportuna oportuna

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.13- Plano de ação para cirurgia segura.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Cirurgia com local de intervenção ou procedimento incorreto	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Aperfeiçoar a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo de cirurgia segura
Por quê	Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente. Visa assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.
Quem	- Diretoria Assistencial - Gerência da maternidade - Gerência da clínica cirúrgica - gestores clínicos - toda equipe assistencial
Como	- Identificação correta do paciente: confirmar o nome completo do paciente e número de prontuário na pulseira de identificação. Conferir os dados do paciente na ficha de admissão, prontuário e termos de consentimento. - Local de Intervenção correto: confirmar o local (do corpo) da intervenção cirúrgica, se possível ainda com o paciente acordado e fora da sala de operação. Essa marcação deve ser realizada pelo profissional que fará o procedimento e ser visível mesmo após o paciente preparado e coberto. - Quero de avisos: o profissional que identificou o paciente preenche um quadro de avisos no qual deve constar: nome do paciente; nome do cirurgião, nome do procedimento, local do corpo a receber o procedimento, se o procedimento for um parto deve-se escrever o sexo, o peso e o apgar apos o nascimento. - A pausa ou time out visa confirmar antes da cirurgia, se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos e se todos os documentos e equipamentos necessários estão disponíveis e funcionando. Essa pausa, envolve toda a equipe cirúrgica e deve ser documentada no “<i>Checklist</i>”.
Quando	continuamente
Onde	Nos centros cirúrgico e obstétrico
Recursos	- Recursos humanos - Etiquetas de identificação - Formulário de “<i>Checklist</i>”.
Como monitorar	Taxa de cirurgias (eletivas e de urgência) realizadas no Centro cirúrgico e obstétrico com a aplicação de checklist
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
O profissional pode não aderir ao plano de trabalho proposto	Auditoria de prontuário com “<i>feedback</i>” oportuno

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Tabela 10.14- Plano para reduzir infecções associadas aos cuidados em saúde.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Infecções associadas aos cuidados de saúde	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Fomento a lavagem adequada das mãos por familiares e equipe assistencial
Por quê	• Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente
Quem	• Diretoria Assistencial • Diretoria técnica • Gerência da maternidade • Gerência da clínica cirúrgica • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Adotar as diretrizes preconizadas pela OMS para a correta higiene das mãos: • Encha a palma da mão com o produto anti-séptico e cubra toda a superfície das mãos. Esfregue as mãos até que estejam secas. • Ao lavar as mãos com sabão e água, molhe-as com água e aplique a quantidade necessária de produto para cobrir toda a superfície das mãos. Faça movimentos de rotação das mãos esfregando ambas as palmas e entrelace os dedos para cobrir toda a superfície. Enxágüe as mãos com água e seque-as com uma toalha descartável. Use água corrente limpa sempre que possível. Use a toalha descartável para fechar a torneira. • Use toalha descartável para enxugar as mãos. • Divulgar a técnica através de treinamentos, informativos visuais em locais estratégicos (pias, murais, quadro de avisos); • Promover campanhas educativas com foco na prevenção de infecções enfatizando os conceitos, precauções, higiene das mãos, cuidados com perfuro-cortantes, entre outros; • Possibilitar a oportunidade para a higienização das mãos, disponibilizando dispensadores de álcool gel em locais estratégicos (corredores, leitos); • Disseminar entre a equipe, pacientes e familiares os momentos para a higienização das mãos: • Antes e após o contato com o paciente; • Antes e após a realização de procedimentos limpos e assépticos; • Após contato ou risco de contato com material biológico; • Após contato com o mobiliário e equipamentos próximos ao paciente. • Conscientizar a equipe quanto à importância da retirada de adornos de mãos e antebraços nas atividades assistenciais; • Encorajar os pacientes a solicitar que os profissionais higienizem as mãos; • Estimular os familiares e visitantes a higienizar suas mãos, antes e após o contato com o paciente.
Quando	continuamente
Onde	• Nos centros cirúrgico e obstétrico
Recursos	• Recursos humanos • Pias • Dispensadores de álcool
Como monitorar	• Realizar auditorias para verificar a adesão do Protocolo de Prevenção de Infecção. • Taxa de infecções relacionadas aos cuidados em saúde
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
O profissional pode não aderir ao plano de trabalho proposto	• Auditoria de prontuário com “<i>feedback</i>” oportuno • Rondas de gestão com intuito de educar e sensibilizar equipe

Tabela 10.15- Plano de ação para prevenir quedas.

CAUSA RAÍZ / FATOR PREDISPONENTE / PROBLEMA	
Danos causados ao paciente devido queda	
AÇÕES	
Item	Componente
O quê	Elaborar, implementar e monitorar ações preventivas para reduzir lesões decorrentes de quedas
Por quê	• Meta internacional de segurança do paciente: evita danos ao paciente.
Quem	• Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade • Gerência da clínica cirúrgica • Gerência da clínica médica • gestores clínicos • toda equipe assistencial
Como	• Avaliar o risco de queda em todos os pacientes e escrever na placa do leito (ver quadro 10.3) • Reavaliando sempre que houver alterações clínicas • Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda • Orientar acompanhante a acompanhar a paciente sempre que a mesma for ao banheiro
Quando	continuamente
Onde	• Em todas as unidades de internação e observação
Recursos	• Recursos humanos • Placa do leito
Como monitorar	• Notificação de quedas
LIMITAÇÕES	
Possível Limitação	Contingência / Solução
O profissional pode não aderir ao plano de trabalho proposto	• Ronda de gestores com “<i>feedback</i>” oportuno

Fonte: LUZ MGQ, 2018

Item		Item / escore	Escore do paciente
1	História de queda (imediata ou prévia)	não 0 sim 25	
2	Diagnóstico secundário (≥ 2 diagnósticos)	não 0 sim 25	
3	Ajuda para deambular		
	nenhuma	0	
	muletas	15	
	móveis	30	
4	Terapia intravenosa	não 0 sim 20	
5	Marcha		
	Normal	0	
	Fraco	10	
	Prejudicado	20	
6	Estado mental		
	orientado	0	
	superestima ou esquece limitações	15	
Escore Total			
0: sem risco de queda <25: baixo risco 25 - 45: risco moderado >45: alto risco			
	<25: baixo risco 25 - 45: risco moderado >45: alto risco		

Quadro 10.3- Escala para identificar risco de queda, Morse Fall Scale.

Fonte: LUZ MGQ, 2018

BIBLIOGRAFIA

1- MICHAELIS - Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. disponível em <http://michaelis.uol.com.br/busca>, acessado em 20/04/2018

2.NPSA – National Patient Safety Agency. Root Cause Analysis (RCA) tools: analysing to identify contributory factors and root causes. h p://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=75605 acessado em 04/05/2017.

3.ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: Promoção da Qualidade em Serviços de Saúde de Atenção Materna p. 19-49, 2014.

4-NPSA – National Patient Safety Agency. Root Cause Analysis Investigation Action Plan - template (vertical). Disponível em: www.nrls.npsa.nhs.uk/resources, acessado em: 21/04/2018.

5.Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2016.

6.SEBRAE-Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. . Instrumento de apoio gerencial, disponível em <http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/bis/como-elaborar-um-planejamento-estrategico>, acessado em 20/04/2018.

7. V SINGEP- Simpósio internacional de gestão de projetos Inovação e sustentabilidade. Implementação do Plano Terapêutico para redução do período de internação em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado de São Paulo Anais do V SINGEP, 2016.

8. JCI. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version, Region Hovedstaden, 2011. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_Standards_Lists_Only.pdf Acesso em 06/05/2018.

9.AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality* - Preventing Falls in Hospitals Tool 3H: Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors, disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool3h.html> acessado em 31/05/2018

11.Comitê de mortalidade materna da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Marília Gabriela Queiroz da Luz
Mariseth Carvalho de Andrade
Gislânia Ponte Francês Brito

Em 2004 a Presidência da República lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos ¹.

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde os comitês de morte materna (CMM) devem ter caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial e tem como função analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução ². Atribui-se como responsabilidades dos comitês as seguintes funções ³:

- Contribuir para a investigação dos óbitos nos hospitais, segundo os critérios preconizados;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos no hospital;
- Definir a evitabilidade do óbito materno identificando os fatores determinantes no âmbito hospitalar;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher pelos serviços de saúde;
- Identificar e implementar estratégias e medidas com vistas à qualificação da atenção na instituição hospitalar a que pertence;
- Contribuir para a sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, sua repercussão sobre a sociedade como um todo.

Neste sentido o CMM da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), fundado em 03/09/2008, já funcionou com diversas estratégias e sob várias gestões. Entre 2013 e 2016 teve o seu período de maior atividade até o momento, tendo, em

conjunto com gestores e equipe assistencial, várias experiências exitosas que contribuíram para a redução da taxa e da razão da mortalidade materna no hospital, como descrito na tabela 11.1.

Tabela 11.1- Taxa e Razão de mortalidade materna na FSCMP no período entre 2013 e 2016.

Período	Nº de óbitos	Nº internações	Nº nascidos vivos	TMM*	RMM**
2013	35	10733	6527	32,6	53,6
2014	33	12717	7652	25,9	43,1
2015	27	15152	9289	17,8	29,0
2016	23	15789	9748	14,5	23,5

*TMM= (nº de óbitos maternos / nº de internações) x 10 000

**RMM=(nº de óbitos maternos / nº de nascidos vivos) x 10 000

Fonte: Relatórios comitê de mortalidade materna da FSCMP enviado aos gestores no período entre Janeiro de 2014 e Janeiro de 2017.

11.1-Metas

- Avaliar 100 % os casos de óbitos maternos
- Desenvolver estratégias de combates a mortalidade materna em conjunto com gestores, equipe assistencial e usuários do serviço
- Redução da taxa e razão de mortalidade materna até que somente os óbitos inevitáveis ocorram na maternidade.

11.2- Membros.

- Presidente
- Vice-presidente ou suplente
- Secretário (a)
- outros membros investigadores (equipe multidisciplinar)

11.3-Regimento Interno

- Está disponível um modelo de regimento interno do CMM no Apêndice C.

11.4-Estratégias

4.1-Diagnóstico situacional

- reuniões do CMM para análise de cada óbito materno individualmente;
- discussão com corpo clínico do hospital para entender detalhes que não constam no prontuário.

- Identificar as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e por meio deste entendimento propor aos gestores medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna.

4.2-Educação continuada

- Curso com temas escolhidos a partir da análise dos óbitos
- Criação de protocolos assistenciais
- Implantação de protocolos assistenciais
- discussão com equipe de saúde do hospital para eventualmente alertá-las sobre possíveis falhas e soluções no processo de trabalho.

4.3-Informar gestores

- Relatórios trimestrais, semestrais e anuais sobre todos os óbitos, seus principais aspectos clínicos e epidemiológicos, fatores de evitabilidade e fragilidades do serviço. O relatório também contém sugestões de plano de ação para o combate ao óbito materno.
- reuniões com gestores: exposição dos problemas encontrados e elaboração de estratégias para solucioná-los.

11.5-Fluxo de trabalho do comitê

- Cada setor do hospital é previamente avisado e fica responsável em entrar em encaminhar a declaração de óbito para a gerência de risco, que então avisa o secretário (a) do CMM sobre a ocorrência do óbito;
- A secretária do comitê faz a busca do prontuário e providencia uma reunião entre o comitê, gestores e equipe assistencial para uma análise e discussão inicial sobre o óbito;
- Um estudo mais detalhada sobre o caso continua a ser realizado por, no mínimo, dois profissional médicos (sendo pelo menos um obstetra) acompanhado de um não médico (assistente social, psicólogo ou enfermeiro). Nesta avaliação é feito um resumo com a cronologia dos principais eventos que antecederam o óbito, busca-se maiores detalhes com a equipe de saúde e, se necessário, entra-se em contato com a família da vítima para maiores esclarecimentos. Além disto preenche-se formulário de análise do óbito escolhida pelo comitê,(Apêndice A) e a ficha avaliação do óbito materno no serviço hospitalar do Ministério da Saúde (Anexo A);
- Após esta análise mais detalhada o caso é reapresentado à gerência de risco e gestores para que se chegue a um consenso sobre os fatores predisponentes e causas raiz. Neste momento os planos de ação e estratégias de combate ao óbito materno são elaborados.
- São realizadas reuniões mensais, nas quais os óbitos apresentados e discutidos entre todos os membros do comitê. Na ocasião vários dados clínicos e epidemiológicos são anotados na planilha (Apêndice B). Busca-se classificar o óbito, encontrar os fatores que contribuíram para o óbito assim como sua causa raiz. Também é um momento oportuno para identificar as fragilidades do serviço e elaborar sugestões de plano de ação para os gestores.
- Vários setores do hospital, incluindo o próprio comitê, participam da implementação das ações corretivas relacionadas ao combate do óbito materno.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde . Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno . Série A. Normas e Manuais Técnicos, p. 1, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde . Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno . Série A. Normas e Manuais Técnicos, p. 27, 2009.

Apêndice e Anexos

APÊNDICE A:

Exemplo de formulário de investigação do óbito materno

1. OCORRÊNCIA

CASO (Nº/ANO):

INTERNAÇÃO (data/hora):

ÓBITO (data/hora):

2. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

REGISTRO:

IDADE:

RESIDÊNCIA:

PROCÊNCIA:

Diagnóstico de admissão:

Classificação de risco na admissão:

Gestações: _____; Parto: normal _____, cesárea _____; Aborto: _____

Idade Gestacional: _____ ou Tempo de puerpério: _____

PRÉ-NATAL: LOCAL _____, consultas médicas _____, consultas de enfermagem: _____

3. CRONOLOGIA*

4. CAUSA DE ÓBITO

NA D.O*:

a- _____

b- _____

c- _____

d- _____

O.C.:* _____

APÓS ANÁLISE

a- _____
b- _____
c- _____
d- _____
O.C*::

*D.O: Declaração de óbito; O.C.: outras condições que contribuirão para o óbito

5.FATORES CONTRIBUINTES

FATORES	COMPONENTES	RESPONSÁVEIS*
paciente		
tarefa ou tecnologia		
do profissional		
equipe		
ambiente de trabalho		
organizacional		
Educação e Treinamento		

*Diretoria/Gestor responsável em corrigir o problema identificado

PLANO DE AÇÃO

[illegible]

APÊNDICE B:

Exemplo de Planilha de arquivamento de dados

DATA DO ÓBITO	NOME	REGISTRO	IDADE	DIAG. NA INTERNAÇÃO
IG NA INTERNAÇÃO	paciente que chega com indicação de UTI	tempo de espera por UTI	RESIDÊNCIA	PROCEDÊNCIA
PRÉ-NATAL	LOCAL DE REALIZAÇÃO	Nº consultas médicas	Nº consultas de enfermagem	DESFECHO (tipo de parto, aborto, faleceu gestante)
LOCAL DO PARTO / ABORTO	DATA DO PARTO / ABORTO	CAUSA MORTE NA D.O.	CAUSA DA MORTE APÓS INVESTIGAÇÃO	CAUSA BASE
CAUSA IMEDIATA	TEMPO DE INTERNAÇÃO	TEMPO ENTRE O PARTO / ABORTO E ÓBITO	Classificação quanto à causa	Evitabilidade
outros problemas encontrados		sugestões de metas		

Planilha de armazenamento de dados, feita com programa

APÊNDICE C:

Modelo de regimento interno do comitê de mortalidade materna

REGIMENTO INTERNO

Título I – Da Caracterização e dos Objetivos

Art. 1º – A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará institui a Comissão Hospitalar de Mortalidade Materna – CHMM, de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º – A Comissão Hospitalar de Mortalidade Materna – CHMM tem como objetivo monitorar a ocorrência dos óbitos maternos ocorridos no Hospital, identificar as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna.

Título II – Das Finalidades

Art. 3º – São finalidades da Comissão Hospitalar de Mortalidade Materna – CHMM:

- Investigar os óbitos maternos segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional, Estadual e Regional;
- Definir a evitabilidade do óbito materno, identificando os fatores determinantes no âmbito hospitalar;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da discussão dos óbitos ocorridos no Hospital (caráter educativo);
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos, para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como na rede de assistência à saúde local, para redução da mortalidade materna;

- Contribuir para a integração com os Comitês Municipal e Regional, através do fornecimento de informações sobre a mortalidade materna;
- Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório, boletim periódico), para a sensibilização dos gestores e profissionais de saúde;
- Promover e estimular a qualificação das informações sobre mortalidade, com a ampliação da cobertura do sistema de informação e melhoria dos registros em prontuário e Declaração de Óbito.

Título III – Da Composição

Art.4o – A Comissão Hospitalar de Mortalidade Materna – CHMM deverá ser composta por: Gerente da Tocoginecologia e, no mínimo, um obstetra, um médico clínico, um médico residente, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, indicados pela Diretoria Técnica do Hospital.

Art. 5o – Para a realização dos trabalhos da Comissão, os membros ou parte deles poderão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo e carga horária a ser definida pela Diretoria Técnica, com o conhecimento da Diretoria Assistencial, de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 6o – A Presidência, a vice-presidência e o secretário da Comissão serão eleitos entre os membros da Comissão. O mandato será de 02 (dois) anos, podendo ser renovável por mais 01 (um) ano, segundo definição das Diretorias Técnica e Assistencial.

Art. 7o – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado, assim como a substituição de algum membro a qualquer momento.

Título IV – Do Funcionamento

Art. 8o – A Comissão Hospitalar de Mortalidade Materna – CHMM reunir-se-á uma vez a cada mês em datas previamente definidas e extraordinariamente, quantas vezes for necessário, por convocação de seu Presidente.

Art. 9º – As reuniões da Comissão deverão ocorrer em local a ser disponibilizado pelo Presidente da Comissão, com infra-estrutura necessária para seu funcionamento.

Art.10º – Na ausência do Presidente ou Vice-presidente, os demais membros da Comissão poderão realizar a reunião.

Art. 11º – As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

Art. 12º – As reuniões deverão ser registradas em Atas, devidamente assinadas pelos membros presentes.

Art. 13º – A ausência de um membro em três reuniões consecutivas ou em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, no período de doze meses, gera sua exclusão automática.

Art. 14º – Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Título V – Da Competência

Art. 15º – Ao presidente compete:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Representar a Comissão junto aos órgãos competentes, ou indicar seu representante;
- Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros.;
- Fazer cumprir o Regimento da Comissão;
- Na ausência e/ou impedimento legal do Presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Art. 16º – Ao secretário compete:

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

- Lavrar as Atas das reuniões;
- Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- Solicitar ao Arquivo Médico e Estatística os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após os trabalhos realizados.

Art. 17 o – Aos membros da Comissão compete:

- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, com direito a voto, convocadas pelo presidente da Comissão;
- Votar e ser votado para os cargos representativos da Comissão;
- Realizar as atividades da Comissão que lhe forem atribuídas pela presidência;
- Representar a Comissão quando necessário.

TÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 o – Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão.

Art. 19 o – Esse Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de legislação pertinente ao assunto.

Art. 20 o – Esse Regimento Interno entrará em vigor após a sua publicação.

ANEXO A- Ficha de investigação do óbito materno



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde



Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	Nº	Compl
Bairro	Distrito/Povoado	Local	urbano rural
5	Município de residência	UF	
6	Tipo de seguro saúde		
INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.			
7	Estabelecimento onde ocorreu a internação		
Nome		Código CNES	
8	Tipo de hospital/maternidade	SUS	Convênio Particular
9	Data da internação	Hora da internação	SR
10	Procedência	encaminhada de outro hospital no mesmo município SR	
	domicílio no mesmo município	encaminhada de hospital em outro município	
	domicílio em outro município	encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município	
	transferida de outro hospital no mesmo município	encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município	
	transferida de hospital em outro município		
11	Motivo da internação – Copie ou faça um resumo do motivo da internação		
12	Hipótese diagnóstica registrada no prontuário		
Registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utilize o verso da folha.			
13	Evolução e tratamento médico		
14	Anotações de enfermagem		
15	Anotações do anestesista		
16	Causa(s) da morte registradas no prontuário		
ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO			
17	Data da última menstruação	SR	

43.3	Quem realizou a anestesia?	☐ anestesista	☐ Outro. Especificar _____	☐ SR
43.4	Complicações da anestesia?	☐ sim, qual?	☐ não	☐ SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?			
	☐ não foi necessário	☐ ligadura de artérias hipogástricas	☐ SR	
	☐ histerectomia	☐ Outra. Especificar _____		
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	☐ sim, recebeu	☐ sim, mas não recebeu	☐ não ☐ SR
45.1	De que natureza?	☐ para de hemácias	☐ crioprecipitado	☐ SR
		☐ plasma fresco congelado	☐ congelado de plaquetas	☐ outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	horas		☐ SR
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	bolsas		☐ SR
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	☐ sim	☐ não	☐ SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	☐ sangramento	☐ placenta acreta	☐ Não se aplica ☐ SR
	☐ sem intercorrência	☐ atonia uterina	☐ outro. Especificar _____	
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	☐ sim	☐ não	☐ SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	☐ sangramento	☐ embolias	☐ SR
	☐ sem intercorrência	☐ Não se aplica	☐ infecção puerperal	☐ outro. Especificar _____
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós término da gestação.	☐ depressão puerperal	☐ sangramento	☐ trombose venosa profunda ☐ SR
	☐ sem intercorrência	☐ Não se aplica	☐ infecção puerperal	☐ embolias ☐ outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	☐ sim, foi encaminhada	☐ sim, mas não foi encaminhada	☐ não ☐ SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	horas		☐ SR
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?			☐ SR
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	☐ bom estado geral	☐ transferência para	☐ SR
		☐ óbito	☐ outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necropsia?	☐ sim, foi realizada	☐ sim, mas não foi realizada	☐ não ☐ SR
INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	☐ nascido vivo	☐ nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	☐ SR
		☐ nascido morto, feto macerado	☐ nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	☐ 1º minuto	☐ 5º minuto	☐ não se aplica, nasceu morto ☐ SR
56	Peso ao nascer	gramas		☐ SR
57	Observações gerais			
58	Data do encerramento da coleta de dados			
59	Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica		

ANEXO B**Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal****Ministério da Saúde****Agência Nacional de Vigilância Sanitária****RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008*****Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.***

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e

Considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

Considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

Considerando a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada;

Considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

Considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

Considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

Considerando a Portaria Anvisa n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa n. 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documentoproposto, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003.

Parágrafo único. Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar conforme o Anexo II desta Resolução.

Art. 3º Estabelecer que todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 4º Estabelecer que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, têm o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado neste regulamento.

Parágrafo único. Os itens relativos à infra-estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal devem ser atendidos quando forem realizadas reformas ou ampliações de serviços existentes, construções novas ou quando determinado pela vigilância sanitária local.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

Diretor-Presidente

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

2. ABRANGÊNCIA

Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus

pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

3.3 Higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando se o respeito às questões de gênero, etnia, raça,

orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

3.5 Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsico social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo,

3.8 Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

3.9 Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

3.10 Relatório de transferência: documento que deve acompanhar a paciente e o recém-nascido em caso de remoção para outro serviço, contendo

minimamente a identificação da paciente e do recém nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

311 Responsável Técnico - RT: profissional legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

3.12 Usuário: compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

4.1. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve adotar as normas dispostas neste Regulamento Técnico.

4.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pela vigilância sanitária local.

4.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.4 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.

4.5 A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência.

4.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais.

4.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contrareferência, para garantir a continuidade da atenção.

4.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem.

4.7.2 Os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência legível, com identificação e

assinatura de profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino.

4.8 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

4.9 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as normas pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

4.10 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste Regulamento.

5. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infraestrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

5.2 A infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

6.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe.

6.2.1 A vigilância sanitária local deve ser notificada sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

6.3 A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:

- a) coordenação da equipe técnica;
- b) adoção de ações e medidas de humanização;

- c) elaboração de protocolos institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas;
- d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
- e) avaliação dos indicadores do serviço;
- f) rastreabilidade de todos os seus processos.

6.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas.

6.4.1 As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e período de duração das atividades.

6.5 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir a proteção das informações confidenciais dos usuários.

6.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades:

- a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;
- b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais;
- c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;
- d) participação nas ações de educação permanente;
- e) atendimento às urgências e emergências.

6.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter em local visível a escala dos profissionais, incluindo plantão, com nome, número do registro em conselho de classe, quando couber, e horário de atendimento.

7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

7.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

7.2 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais:

- 7.2.1 estetoscópio clínico;
- 7.2.2 esfigmomanômetro;
- 7.2.3 fita métrica;
- 7.2.4 estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);
- 7.2.5 amnioscópico;
- 7.2.6 mesa auxiliar;
- 7.2.7 foco de luz móvel;
- 7.2.8 instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron;
- 7.2.9 material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:
 - a) barra fixa ou escada de Ling;
 - b) bola de Bobat ou cavaleiro;
- 7.2.10 instrumental para parto normal;
- 7.2.11 mesa para refeição;
- 7.2.12 camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;
- 7.2.13 poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;
- 7.2.14 relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.
- 7.3 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes equipamentos e materiais:
 - 7.3.1 cardiotocógrafo;
 - 7.3.2 mesa para exame ginecológico;
 - 7.3.3 escada com dois lances;
 - 7.3.4 mesa de cabeceira.
- 7.4 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, devem ter disponíveis, além dos equipamentos e materiais descritos no item 7.2:
 - 7.4.1 glicosímetro;
 - 7.4.2 material para cateterismo vesical;
 - 7.4.3 instrumental para cesariana;
 - 7.4.4 material para AMIU e curetagem uterina;

7.4.5 bisturi elétrico;

7.4.6 instrumental para histerectomia;

7.4.7 material anestésico;

7.4.8 oxímetro de pulso;

7.4.9 bomba de infusão;

7.4.10 monitor cardíaco;

7.4.11 aspirador;

7.4.12 mesa para parto cirúrgico;

7.4.13 foco cirúrgico de teto;

7.4.14 material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem;

7.4.15 medicamentos para urgência e emergência clínica:

a) Antiarrítmico;

b) Anti-hipertensivo;

c) Barbitúrico;

d) Benzodiazepínico;

e) Broncodilatador;

f) Diurético;

g) Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;

h) Glicose hipertônica e isotônica;

i) Solução fisiológica;

j) Água destilada.

7.4.16 medicamentos básicos para uso obstétrico:

a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;

b) Inibidores da contratilidade uterina;

c) Sulfato de magnésio 20% e 50%;

d) Anti-hemorragico;

e) Hidralazina 20 mg;

f) Nifedipina 10 mg;

g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal;

- h) Antibióticos;
- i) Anestésicos;
- j) Analgésicos.

7.5 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, podem ter como opcionais os seguintes materiais:

7.5.1 instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piper de tamanhos variados e vácuo extrator.

7.6 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido:

7.6.1 clampeador de cordão;

7.6.2 material para identificação da mãe e do recém-nascido;

7.6.3 balança para recém-nascido;

7.6.4 estetoscópio clínico;

7.6.5 oxímetro de pulso;

7.6.6 mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;

7.6.7 material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia;

7.6.8 material para ventilação (balão aut^oinflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O ou manômetro);

7.6.9 máscaras faciais para recém-nascidos a termo e prétermo;

7.6.10 material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional;

7.6.11 material para cateterismo umbilical;

7.6.12 medicamentos:

a) Adrenalina diluída 1:10.000;

b) Solução fisiológica;

c) Bicarbonato de sódio 4,2%;

d) Hidroclorato de Naloxona;

e) Vitamina K.

7.6.13 material para drenagem torácica e abdominal;

7.6.14 plástico protetor para evitar perda de calor.

7.6.15 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.6.1, 7.6.2, 7.6.3, 7.6.4, 7.6.5, 7.6.6, 7.6.7, 7.6.8, 7.6.9 e 7.6.14.

7.7 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto:

7.7.1 berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral.

7.7.2 bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;

7.7.3 estetoscópio clínico;

7.7.4 balança para recém-nascido;

7.7.5 régua antropométrica e fita métrica de plástico;

7.7.6 aparelho de fototerapia, 01 (um) para cada 10 berços;

7.7.7 oftalmoscópio;

7.7.8 material de emergência para reanimação, 01 (um) para cada posto de enfermagem, composto por:

a) desfibrilador;

b) carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos;

7.7.8.1 O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.

7.7.9 aspirador com manômetro e oxigênio;

7.7.10 glicosímetro.

7.8 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.7.1, 7.7.2, 7.7.3, 7.7.4 e 7.7.5, 7.7.9 e 7.7.10.

8. ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

8.1 O serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral, aos seguintes recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária:

8.1.1 Laboratório clínico;

8.1.2 Laboratório de anatomia patológica;

8.1.3 Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

8.1.4 Serviço de ecocardiografia;

8.1.5 Assistência hemoterápica.

8.1.5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza mais de 60 (sessenta) transfusões por mês deve ter, no mínimo, uma agência transfusional em suas instalações, conforme disposto na RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004.

8.1.6 Assistência clínica cardiológica;

8.1.7 Assistência clínica nefrológica;

8.1.8 Assistência clínica neurológica;

8.1.9 Assistência clínica geral;

8.1.10 Assistência clínica endocrinológica;

8.1.11 Assistência cirúrgica geral;

8.1.12 Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

8.2 O serviço deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.

9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

9.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

9.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas.

9.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

9.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;

9.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;

9.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;

9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

9.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

9.7.1 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

9.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;

9.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

9.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;

9.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;

9.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;

9.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes;

9.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

9.7.12 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

9.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda;

9.8.2 promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido;

9.8.3 garantir a adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.

9.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.

9.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado;

9.8.5 garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação, tenha orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com suas necessidades.

9.8.6 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n.2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.9 Na assistência à mulher gestante com intercorrências clínicas ou obstétricas, o serviço deve:

9.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante;

9.9.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;

9.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002;

9.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados em avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

10. TRANSPORTE DE PACIENTES

10.1 O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002;

10.2 O relatório de transferência da mulher ou do recém-nascido deve ser entregue no local de destino;

10.3 O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:

10.3.1 maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;

10.3.2 incubadora para transporte de recém-nascidos;

10.3.3 cilindro transportável de oxigênio.

11. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

11.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde.

11.1.1 O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.

11.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.

11.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto.

11.2.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

11.2.3 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

11.2.4 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.2.5 O RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.

11.3 Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

11.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

11.6 Os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações:

- a) RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;
- b) RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;
- c) RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

12. BIOSSEGURANÇA

12.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os seguintes itens:

- 12.1.1 condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;
- 12.1.2 instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);
- 12.1.3 procedimentos em caso de acidentes;
- 12.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

13 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

13.1 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

13.1.1 O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

13.2 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde

13.3 O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

13.4 A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

13.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a

vigilância sanitária na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

14. DESCARTE DE RESÍDUOS

14.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

15. AVALIAÇÃO

15.1 O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

15.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.

15.3 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

15.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

15.5 O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

ANEXO II

Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar da seguinte forma:

1. Unidade de Centro de Parto Normal:

1.1 Ambientes Fins

1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

1.1.3 Quarto PPP;

1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

1.1.4 Banheiro para parturiente

1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto.

1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa);

1.1.7 Posto de enfermagem;

1.1.8 Sala de serviço;

1.1.9 Área para higienização das mãos.

1.2 Ambientes de apoio

1.2.1 Sala de utilidades;

1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

1.2.3 Rouparia;

1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

1.2.5 Depósito de material de limpeza;

1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

1.2.7 Sala administrativa;

1.2.8 Copa;

1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino);

1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

1.2.11 Sala de ultrassonografia.

1.3 Os ambientes descritos nos itens 1.2.9; 1.2.10 e 1.2.11 são opcionais, assim como o 1.1.5, caso a puérpera e o recém nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal .

2. Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

2.1 Ambientes Fins

2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

2.1.2.1 A sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal.

2.1.3 Quarto PPP;

2.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

2.1.3.2 O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica.

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

- 2.1.6 Posto de enfermagem;
- 2.1.7 Sala de serviço;
- 2.1.8 Área para prescrição médica;
- 2.1.9 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços;
- 2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;
- 2.1.11 Área de recuperação anestésica;
- 2.1.12 Sala para AMIU;
- 2.1.13 Área de indução anestésica;
- 2.2. Ambientes de apoio
 - 2.2.1 Sala de utilidades;
 - 2.2.2 Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);
 - 2.2.3 Sala administrativa;
 - 2.2.4 Rouparia;
 - 2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;
 - 2.2.6 Depósito de material de limpeza;
 - 2.2.7 Agência transfusional, in loco ou não (em conformidade com o item 8.1.5.1 do Anexo I);
 - 2.2.8 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;
 - 2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;
 - 2.2.10 Copa;
 - 2.2.11 Sala de estar para funcionários;
 - 2.2.12 Sanitários para acompanhantes - anexo à sala de estar;
 - 2.2.13 Área de guarda de pertences;
 - 2.2.14 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.
- 2.3 Os ambientes descritos nos itens 2.1.12; 2.1.13 e nos itens 2.2.8; 2.2.9; 2.2.10; 2.2.11; 2.2.12; 2.2.13 e 2.2.14 são opcionais.
- 3. Internação Obstétrica (puérperas ou gestantes com intercorrências)
 - 3.1 Ambientes Fins
 - 3.1.1 Quarto/enfermaria para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências;
 - 3.1.2 Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos);

3.1.3 Posto de enfermagem;

3.1.4 Sala de serviço;

3.1.5 Sala de exames e curativos (conforme descrito item

4.3.3 deste Anexo II).

3.2. Ambientes de apoio

3.2.1 Sala de utilidades;

3.2.2 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;

3.2.3 Quarto para plantonista (in loco ou não);

3.2.4 Sanitário para funcionários;

3.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

3.2.6 Depósito de material de limpeza;

3.2.7 Rouparia;

3.2.8 Área de cuidados e higienização de lactente;

3.2.9 Sala administrativa;

3.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

3.2.11 Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo;

3.2.12 Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes;

3.2.13 Sanitário para acompanhantes - anexo à sala de estar;

3.2.14 Copa.

3.3 Os ambientes descritos nos itens 3.2.8; 3.2.9; 3.2.10;

3.2.11; 3.2.12; 3.2.13 e 3.2.14 são opcionais.

4. Características dos ambientes

4.1 Centro de Parto Normal

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m² por pessoa.

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m² por leito de exame. Instalação de água fria e quente.

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50m² e dimensão mínima de 3,20m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m², com dimensão mínima de 1,70m.

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.

4.1.4.2 Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.

4.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto, áreas mínimas: quarto de 01 leito, 10,50 m², quarto de 02 leitos, 14,00 m² e enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m² por leito. Todos os quartos/ enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.

4.1.5.1 previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera.

4.1.5.2 O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.

4.1.5.3 Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera

4.1.5.4 Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.6 Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada.

4.1.6.1 O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7 m. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

4.1.7 Área para deambulação: a área pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

4.1.8 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de 2,50m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.9 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de 5,70m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.10 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90m² com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens

4.1.3 e 4.1.4;

4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anestésica com 6,00m². Instalações de água fria e elétrica de emergência.

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de 2,00m².

4.2.4 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m² por torneira com dimensão mínima de 1,00m

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo

1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização.

4.3 - Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

4.3.1 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.5 e 4.1.6.

4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos.

Área mínima de 7,50m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência.

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00m².

ANEXO C:

Normas da RDC 63/2011

RESOLUÇÃO-RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011

Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto no- . 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1o- e 3o- do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria no- . 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 24 de novembro de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretora- Presidente Substituta, determino a sua publicação:

Art. 1o- Fica aprovado o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 2o- Este Regulamento Técnico possui o objetivo de estabelecer requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

Seção II

Abrangência

Art. 3o- Este Regulamento Técnico se aplica a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Seção III

Definições

Art. 4o- Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

I - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem;

II - gerenciamento de tecnologias: procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, abrangendo cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada das tecnologias no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente;

III - humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores;

IV - licença atualizada: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

V - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

VI - política de qualidade: refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço de saúde.

VII - profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;

VIII - prontuário do paciente: documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;

IX - relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes;

X - responsável técnico - RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente;

XI - segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde.

XII - serviço de saúde: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes.

CAPÍTULO II

DAS BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO

Seção I

Do gerenciamento da qualidade

Art. 5o- O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços.

Parágrafo único. O serviço de saúde deve utilizar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

Art. 6o- As Boas Práticas de Funcionamento (BPF) são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

§ 1o- As BPF são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde.

§ 2o- Os conceitos de Garantia da Qualidade e Boas Práticas de Funcionamento (BPF) estão inter-relacionados estando descritos nesta resolução de forma a enfatizar as suas relações e sua importância para o funcionamento dos serviços de saúde.

Art. 7o- As BPF determinam que:

I. o serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes.

II - o serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo:

- a) quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e identificado;
- b) ambientes identificados;
- c) equipamentos, materiais e suporte logístico; e
- d) procedimentos e instruções aprovados e vigentes.

III - as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Seção II

Da Segurança do Paciente

Art. 8º- O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Seção III

Das Condições Organizacionais

Art. 9º- O serviço de saúde deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências.

Art. 10 Os serviços objeto desta resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Parágrafo único. Os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local.

Art. 11 Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.

§ 1o- Os serviços e atividades terceirizados devem estar regularizados perante a autoridade sanitária competente, quando couber.

§ 2o- A licença de funcionamento dos serviços e atividades terceirizados deve conter informação sobre a sua habilitação para atender serviços de saúde, quando couber.

Art. 12 O atendimento dos padrões sanitários estabelecidos por este regulamento técnico não isenta o serviço de saúde do cumprimento dos demais instrumentos normativos aplicáveis.

Art. 13 O serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Art. 14 O serviço de saúde deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto.

Parágrafo único. O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.

Art. 15 As unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável conforme definido em legislações e regulamentos específicos.

Art. 16 O serviço de saúde deve possuir profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.

Parágrafo único. Este profissional pode ser o próprio RT ou técnico designado para tal fim.

Art. 17 O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.

Art. 18 A direção e o responsável técnico do serviço de saúde têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos.

Art. 19 O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço.

Parágrafo único. Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível, com identificação e assinatura do profissional assistente, que deve passar a integrar o prontuário no destino, permanecendo cópia no prontuário de origem.

Art. 20 O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam o funcionamento de Comissões, Comitês e Programas estabelecido sem legislações e normatizações vigentes.

Art. 21 O serviço de saúde deve garantir mecanismos para o controle de acesso dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 22 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 23 O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à:

I - Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária competente.

II - controle de saúde ocupacional;

III - educação permanente;

IV - comissões, comitês e programas;

V - contratos de serviços terceirizados;

VI - controle de qualidade da água;

VII - manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;

VIII - controle de vetores e pragas urbanas;

IX - manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;

X - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

XI - nascimentos;

XII - óbitos;

XIII - admissão e alta;

XIV - eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos ou serviços;

XV - monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção;

XVI - doenças de Notificação Compulsória;

XVII - indicadores previstos nas legislações vigentes;

XVIII - normas, rotinas e procedimentos;

XIX - demais documentos exigidos por legislações específicas dos estados, Distrito Federal e municípios.

Seção IV

Do Prontuário do Paciente

Art. 24 A responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento.

Art. 25 A guarda do prontuário é de responsabilidade do serviço de saúde devendo obedecer às normas vigentes.

§ 1o- O serviço de saúde deve assegurar a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade.

§ 2o- O serviço de saúde deve manter os prontuários em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o seu acesso sempre que necessário.

Art. 26 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente.

Art. 27 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Art. 28 Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário.

Seção V

Da Gestão de Pessoal

Art. 29 As exigências referentes aos recursos humanos do serviço de saúde incluem profissionais de todos os níveis de escolaridade, de quadro próprio ou terceirizado.

Art. 30 O serviço de saúde deve possuir equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda.

Art.31 O serviço de saúde deve manter disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas.

Parágrafo único. O serviço de saúde deve possuir documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso.

Art. 32 O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas.

Parágrafo único. As capacitações devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

Art. 33 A capacitação de que trata o artigo anterior deve ser adaptada à evolução do conhecimento e a identificação de novos riscos e deve incluir:

- I - os dados disponíveis sobre os riscos potenciais à saúde;
- II - medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
- III - normas e procedimentos de higiene;
- IV - utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
- V - medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
- VI - medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes e incidentes;
- VII - temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional.

Seção VI

Da Gestão de Infraestrutura

Art. 34 O serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes.

Art. 35 As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gases, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes, devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes a cada uma das instalações.

Art. 36 O serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 37 O serviço de saúde deve executar ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às atividades desenvolvidas.

Art. 38 O serviço de saúde deve ser dotado de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das suas atividades.

Art. 39 O serviço de saúde deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades.

§ 1o- O serviço de saúde deve garantir a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses.

§ 2o- O serviço de saúde deve manter registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água.

Art. 40 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico.

Art. 41 O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que a energia elétrica é considerada insumo crítico.

Art. 42 O serviço de saúde deve realizar ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada.

Seção VII

Da Proteção à Saúde do Trabalhador

Art. 43 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de orientação sobre imunização contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores possam estar expostos.

Art. 44 O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente em relação à saúde ocupacional mantendo registros desta avaliação.

Art. 45 O serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades após avaliação médica.

Art. 46 O serviço de saúde deve garantir que seus trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos, físicos ou químicos utilizem vestimentas para o trabalho, incluindo calçados, compatíveis com o risco e em condições de conforto.

§ 1o- Estas vestimentas podem ser próprias do trabalhador ou fornecidas pelo serviço de saúde.

§ 2o- O serviço de saúde é responsável pelo fornecimento e pelo processamento das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e

obstétricos, nas unidades de tratamento intensivo, nas unidades de isolamento e centrais de material esterilizado.

Art. 47 O serviço de saúde deve garantir mecanismos de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual -

EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

Parágrafo único. Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual

Art. 48 O serviço de saúde deve manter registro das comunicações de acidentes de trabalho.

Art. 49 Em serviços de saúde com mais de vinte trabalhadores é obrigatória a instituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA.

Art. 50 O Serviço de Saúde deve manter disponível a todos os trabalhadores:

I - Normas e condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

II - Instruções para uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI;

III - Procedimentos em caso de incêndios e acidentes;

IV - Orientação para manuseio e transporte de produtos para saúde contaminados.

Seção VIII

Da Gestão de Tecnologias e Processos

Art. 51 O serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe.

Art. 52 O serviço de saúde deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, devendo atender aos critérios de criticidade das áreas.

Art. 53 O serviço de saúde deve garantir a disponibilidade dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda.

Art. 54 O serviço de saúde deve realizar o gerenciamento de suas tecnologias de forma a atender as necessidades do serviço mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade.

Art. 55 O serviço de saúde deve garantir que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam.

Art. 56 O serviço de saúde deve garantir que os colchões, colchonetes e demais mobiliários almofadados sejam revestidos de material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias.

Art. 57 O serviço de saúde deve garantir a qualidade dos processos de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais.

Art. 58 O serviço de saúde deve garantir que todos os usuários recebam suporte imediato a vida quando necessário.

Art. 59 O serviço de saúde deve disponibilizar os insumos, produtos e equipamentos necessários para as práticas de higienização de mãos dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Art. 60 O serviço de saúde que preste assistência nutricional ou forneça refeições deve garantir a qualidade nutricional e a segurança dos alimentos.

Art. 61 O serviço de saúde deve informar aos órgãos competentes sobre a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido em legislação e regulamentos vigentes.

Art. 62 O serviço de saúde deve calcular e manter o registro referente aos Indicadores previstos nas legislações vigentes.

Seção IX

Do Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas

Art. 63 O serviço de saúde deve garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos.

Parágrafo único. O controle químico, quando for necessário, deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfestantes regularizados pela Anvisa.

Art. 64 Não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 65 Os estabelecimentos abrangidos por esta resolução terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias ao Regulamento Técnico.

Parágrafo único. A partir da publicação desta resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendam reiniciar suas atividades, devem atender na íntegra às exigências nela contidas.

Art. 66 O descumprimento das disposições contidas nesta resolução e no regulamento por ela aprovado constitui infração sanitária, nos termos da Lei no- . 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 67 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO



*O óbito materno é também a perda da
filha, esposa e irmã de alguém*

