

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS PARA A SAÚDE

**EVENTOS ADVERSOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS E ASSOCIAÇÃO  
COM OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: VÍDEO PARA INCENTIVO AO USO  
DE BOAS PRÁTICAS**

Autora: Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro  
Orientadora: Profa. Dra. Ângela Ferreira Barros

BRASÍLIA, 2021.

KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO

EVENTOS ADVERSOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS E ASSOCIAÇÃO  
COM OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: VÍDEO PARA INCENTIVO AO USO  
DE BOAS PRÁTICAS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher

Autora: Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro

Orientadora: Prof. Dra. Ângela Ferreira Barros

BRASÍLIA – DF

2021.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R484e RIBEIRO, KELLY DA SILVA CAVALCANTE  
EVENTOS ADVERSOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS E  
ASSOCIAÇÃO COM OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: VÍDEO  
PARA INCENTIVO AO USO DE BOAS PRÁTICAS / KELLY DA  
SILVA CAVALCANTE RIBEIRO; orientador DRA. ÂNGELA  
FERREIRA BARROS. -- Brasília, 2021.  
66 p.

Dissertação (Mestrado - MESTRADO PROFISSIONAL EM  
CIÊNCIAS PARA A SAÚDE) -- Coordenação de Pós-Graduação  
e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,  
2021.

1. PARTO HUMANIZADO. 2. ENFERMEIROS OBSTETRAS.  
3. POTENCIAL EVENTO ADVERSO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.  
4. MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. 5. ANÁLISE DE BOAS  
PRÁTICAS. I. BARROS, DRA. ÂNGELA FERREIRA, orient.  
II. Título.

## TERMO DE APROVAÇÃO

KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO

### **“EVENTOS ADVERSOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS E ASSOCIAÇÃO COM OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: VÍDEO PARA INCENTIVO AO USO DE BOAS PRÁTICAS”**

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para a Saúde pelo Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Ciências para a Saúde – Mestrado Profissional - da Escola Superior em Ciências da Saúde/FEPECS.

Aprovada em: 23/12/2021

---

Profa. Dra. Ângela Ferreira Barros  
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde ESCS/FEPECS.  
Orientadora

---

Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Gottems  
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde ESCS/FEPECS.  
Examinadora Interna



---

Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski  
Universidade de Brasília – UNB  
Examinadora Externa

---

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana  
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde ESCS/FEPECS.  
Suplente

Brasília  
2021

Aos que percorrem à caminhada ao meu lado, que me dão força para continuar, e que acima de tudo acreditam no meu potencial: em especial ao meu esposo - Marcelo, filhos – Lara e Arthur e pais – Maria e Francisco.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu agradecimento especial à minha orientadora Ângela que além de profissional exemplar, foi suporte indispensável para a concretização de todo o trabalho, grata pela transmissão de conhecimentos e gentileza.

Agradeço ainda as duas grandes peças fundamentais na minha caminhada pela obstetrícia, minhas eternas professoras da graduação Rejane e Silvéria, que transmitiram todo amor, respeito e encantamento no ensino pela Saúde da Mulher; serão sempre espelhos para minha jornada.

A todos os mestres e doutores da ESCS que contribuíram com seus ensinamentos no mestrado.

“A persistência é o caminho do êxito.”  
**(Charles Chaplin)**

## RESUMO

A assistência ao parto e nascimento tem melhorado com o implemento das boas práticas baseada em evidências científicas. Porém, ainda se encontram limitações a sua aplicação por parte de profissionais que realizam práticas não recomendadas no parto e nascimento, favorecendo com isso a ocorrência de eventos adversos. Objetivos: Analisar a prevalência de eventos adversos e sua associação com modelos de assistência obstétrica e neonatal de serviços de saúde públicos do Distrito Federal e a partir disso elaborar vídeo para incentivar maior adesão às boas práticas de assistência obstétrica e redução de eventos adversos. Método: Estudo do tipo coorte prospectivo com 651 puérperas cujo parto foi de risco habitual, internadas no alojamento conjunto de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal, sendo um com modelo de assistência exclusivo por enfermeiros obstetras (serviço A), um com modelo de assistência colaborativo com atuação de médicos e enfermeiros obstetras (serviço B) e um modelo de assistência exclusivo médico (serviço C). No primeiro contato com as puérperas, entre abril e agosto de 2019, foi realizada uma entrevista face a face guiada por um instrumento de coleta de dados. O segundo contato foi realizado 42 dias após o parto por meio de contato telefônico, para coleta do desfecho, definido como a ocorrência ou não de algum evento adverso com ela e com o bebê desde o parto. Resultados: Os eventos adversos ocorreram em 20,1% das puérperas e foram associados ao não uso do partograma ( $p=0,001$ ; OR: 11,03; IC: 2,64-45,99) e a episiotomia ( $p=0,042$ ; OR: 1,72; IC: 1,02-2,91). A probabilidade média de apresentar algum evento adverso foi de 5% no serviço A, 21% no serviço B e 24% no serviço C. Produto desenvolvido: vídeo para incentivar maior adesão às boas práticas de assistência obstétrica e redução de eventos adversos. Conclusão: o uso das boas práticas ocorre de maneira efetiva no serviço A, reforçando que a assistência das enfermeiras obstetras no parto e nascimento cumpri as recomendações para boas práticas e favorece consequentemente menor ocorrência de eventos adversos.

Palavras-chave: Parto humanizado; Enfermeiros Obstetras; Potencial Evento Adverso na Assistência à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Análise de Boas Práticas.

## ABSTRACT

Assistance to labor and birth has improved with the implementation of good practices based on scientific evidence. However, there are still limitations to its application by professionals who perform practices not recommended in labor and birth, thus favoring the occurrence of adverse events. Objectives: To analyze the prevalence of adverse events and their association with models of obstetric and neonatal care in public health services in the Federal District and, based on this, to develop a video to encourage greater adherence to good practices in obstetric care and reduction of adverse events. Method: Prospective cohort study with 651 puerperae whose labor was of usual risk, hospitalized in the rooming-in of three public health services of the Federal District, one with an exclusive care model by obstetric nurses (service A), one with a collaborative care model with the performance of physicians and obstetric nurses (service B) and a medical exclusive care model (service C). In the first contact with the puerperae, between April and August 2019, a face-to-face interview guided by a data collection instrument was conducted. The second contact was made 42 days after delivery by telephone contact, to collect the outcome, defined as the occurrence or not of any adverse event with her and her baby since delivery. Results: Adverse events occurred in 20.1% of puerperae and were associated with not using the partogram ( $p=0.001$ ; OR: 11.03; CI: 2.64-45.99) and episiotomy ( $p=0.042$ ; OR: 1.72; CI: 1.02-2.91). The average probability of presenting some adverse event was 5% in service A, 21% in service B and 24% in service C. Product developed: video to encourage greater adherence to good obstetric care practices and reduction of adverse events. Conclusion: the use of good practices occurs effectively in service A, reinforcing that the obstetric nurses' assistance during labor and birth comply with the recommendations for good practices and consequently favor a lower occurrence of adverse events.

Descriptors: Humanizing Delivery; Nurse Midwives; Near Miss; Healthcare Models; Benchmarking.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Probabilidade média de ocorrência de evento adverso por serviço.....	37
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos e características do pré-natal de 651 puérperas atendidas em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.....	32
Tabela 2. Práticas assistenciais obstétricas e neonatais recebidas por 651* puérperas durante atendimento em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.....	33
Tabela 3. Prevalência de eventos adversos e suas distinções (maternos, fetais ou neonatais e organizacionais) em puérperas atendidas em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.....	34
Tabela 4. Discriminação dos tipos de eventos adversos por categorias (maternos, fetais ou neonatais e organizacionais) e suas distinções em puérperas e RN, atendidos em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.....	35
Tabela 5. Práticas assistenciais não recomendadas testadas para associação com o desfecho “evento adverso” – regressão logística modelo simples e modelo múltiplo (ajustado).....	36

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CPNSS – Centro de Parto Norma de São Sebastião

DF – Distrito Federal

EO – Enfermeira (o) Obstetra

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

OMS – Organização Mundial da Saúde

RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento

RIVED - Rede Interativa Virtual de Educação

RN – Recém-nascido

SEED - Secretaria de Educação a Distância

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. EVENTO SENTINELA E EVENTO ADVERSO.....	14
1.2. MODELOS DE ATENÇÃO E BOAS PRÁTICAS.....	16
2. OBJETIVO GERAL.....	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
PRODUTO 1 – ARTIGO ORIGINAL.....	24
RESUMO.....	25
ABSTRACT.....	25
INTRODUÇÃO.....	26
OBJETIVO.....	28
MÉTODO.....	28
RESULTADOS.....	30
DISCUSSÃO.....	37
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	42
PRODUTO 2 – ROTEIRO DO VÍDEO.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
ANEXO 1 – PARECER CEP.....	54
ANEXO 2 – TCLE.....	60
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	62

## **APROXIMAÇÃO COM O TEMA**

Minha ênfase com a temática iniciou-se ainda na graduação, em 2000, onde já buscava aprofundar meus conhecimentos na área das boas práticas obstétricas. Após a graduação ingressei no programa de residência de enfermagem obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em 2004. Nossa formação na residência é estruturada em práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e evidências científicas. Assim após a conclusão da residência, levei meus conhecimentos adquiridos para a minha prática na docência, entre 2005 e 2008.

Em 2008 ingressei no quadro de enfermeiros da SES/DF, e em 2009 fui captada para assumir a prática obstétrica na então, Casa de Parto de São Sebastião do Distrito Federal, onde houve a substituição dos médicos obstetras pelos enfermeiros obstetras neste cenário, inaugurando o primeiro Centro de Parto Normal de Brasília de São Sebastião (CPNSS), conduzido exclusivamente por enfermeiros obstetras.

Concomitantemente à assistência prestada no CPNSS, ingressei como preceptora dos residentes de enfermagem obstétrica neste campo; e ainda, de 2011 a 2015, fiz parte da área técnica da saúde da mulher do Ministério da Saúde, como apoiadora do programa Rede Cegonha, ajudando na implantação de novos modelos de assistência como os Centros de Parto Normal, na inserção das enfermeiras obstetras no cenário do parto, no incentivo para implementação da humanização e boas práticas no parto e nascimento.

Durante minha assistência como enfermeira obstetra, observei que a implementação das boas práticas era realizada de maneira satisfatória pelas enfermeiras obstetras no CPNSS, e que isso trazia bons resultados nos indicadores de qualidade materno e fetais locais. Toda vez que implementavam uma determinada prática no parto recomendada pelo Ministério da Saúde ou por evidências científicas, isso se refletia positivamente e diretamente na redução dos efeitos adversos neste cenário.

Enquanto trabalhei na implementação das boas práticas do parto no Ministério da Saúde, em diversos estados do país, verifiquei maior resistência e menor absorção de tais práticas nas unidades de assistência ao parto, que possuíam assistência médica direta; e ainda, o uso de práticas não embasadas

em evidências científicas pareciam elevar a prevalência de eventos adversos e sentinelas nestas instituições.

Porém, não podia afirmar fidedignamente o que me saltava aos olhos, pois havia alguns fatores que poderiam estar ligados diretamente a maior prevalência de eventos adversos e sentinelas, quanto à assistência médica, entre eles podia citar: assistência ao parto de alto risco, qualidade da assistência pré-natal, fatores sociais e econômicos.

Diante dessa problemática o curso do mestrado profissional me ajudou a estruturar um método de pesquisa que conseguisse nortear de forma mais precisa a análise de todas as variáveis, e assim alcançar resultados mais consistentes para mostrar aos profissionais de saúde se a aplicação das boas práticas tem efeito na ocorrência de eventos adversos e sentinelas dentro do cenário de parto e nascimento.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os indicadores de saúde mostram uma sensível melhoria na atenção ao parto e nascimento, com perspectivas de mudanças na assistência materna e neonatal.<sup>1</sup>

As bases para essas mudanças do perfil de assistência ao parto e nascimento estão alicerçadas nas políticas públicas voltadas a saúde materno-infantil<sup>2</sup>, baseadas no uso das evidências científicas na prática assistencial, associadas à humanização do atendimento, ao respeito a individualidade e aos direitos reprodutivos das mulheres.<sup>3</sup> Essas ações tornam o momento do parto mais íntimo e resgatam o protagonismo feminino, atos que foram ocultados do cenário do nascimento, pela imposição do modelo biomédico e pela institucionalização do parto.<sup>4</sup>

Porém ainda se perpetuam limitações na aplicação das boas práticas fundamentadas em evidências científicas e a sua incorporação pelos profissionais e serviços de saúde<sup>5</sup>, ao se verificar ainda: altas taxas de cesarianas, episiotomia<sup>6</sup>, amniotomia de rotina e manobra de Kristeler<sup>7</sup>, por exemplo; reforçando a hipótese que a não adesão às boas recomendadas pode levar a ocorrência de eventos adversos na prática clínica obstétrica<sup>8</sup>, conduzidas por erros humanos evitáveis ressaltando que tais práticas se mostram deletérias à saúde da mulher e do bebê.<sup>9</sup>

Os eventos adversos trazem à tona a vulnerabilidade do sistema, ao demonstrar que causas evitáveis provocam danos.<sup>10</sup>

## EVENTO SENTINELA E EVENTO ADVERSO

É uma tendência mundial a prevalência de estudos e suas aplicações no campo da segurança do paciente, dentro das instituições de saúde; tais estudos demonstram que a maioria dos danos causados aos pacientes, são provocados por erros humanos preveníveis, sendo, portanto, necessário avaliar os modelos assistenciais aplicáveis, na busca pela melhoria da segurança do paciente.<sup>11</sup>

Apesar dos eventos adversos estarem sempre presentes nas práticas de assistência ao cuidado, demorou para estes fatos se tornarem protagonistas no

diálogo sobre a segurança do paciente. Atualmente há a necessidade de se monitorar a segurança do paciente através do evento adverso, pois se sabe que o erro humano é parte inata do trabalho nos ambientes de cuidados com a saúde, e tem-se consciência do ônus que esse evento pode trazer ao paciente.<sup>12</sup>

Por mais que pareça controverso, a piora clínica do paciente pode estar ligada a atuação da assistência daquele que lhe é guardada a função de cuidar/curar, o profissional de saúde; que não o faz de forma dolosa, porém, por meio da negligência, imprudência ou imperícia, causa ao paciente algum dano; trata-se do conceito de evento adverso, que é um erro acidental cometido pelo profissional, mas que causa prejuízo ao seu assistido de forma temporária ou permanente; quando o dano envolve risco de morte é classificado como evento sentinela.<sup>13</sup>

Um evento sentinela, se torna uma ocorrência mensurável e sensível para o monitoramento de determinadas ações dentro do ambiente de saúde. O monitoramento dessas condições possibilita a identificação de fatores falhos dentro das instituições, a escassez de oferta de determinada demanda e orienta ações para sua melhoria.<sup>14</sup>

A mortalidade materna e neonatal são exemplos de eventos sentinela, e tornam-se indicadores indiretos, sociais e de saúde de uma população, além de possuir alto valor preditivo para a ocorrência de danos durante a assistência.<sup>14</sup> Elevadas taxas de mortalidade materno-infantil podem ser prevenidas por uma assistência eficiente no ciclo gravídico puerperal, e tem forte ligação com o desempenho dos serviços de saúde, à organização, qualidade e acesso dos pacientes a esse serviço.<sup>15</sup>

Além dos danos físicos, os erros na assistência causam prejuízos que atingem, também, a área financeira e interferem negativamente no tempo de internação; estudos mostram maior valor gasto com as internações hospitalares na ocorrência de eventos adversos do que nas internações sem eventos; além de aumento no tempo de internação.<sup>16</sup> E ainda, estima-se a previsão de que 1 a 4% das pacientes, em uma unidade obstétrica, possam ser acometidas por algum evento adverso, onde 2/3 deles poderiam ser preveníveis; e ainda, aproximadamente 0,7 a 0,9% de eventos adversos evitáveis conduzirão a morte no paciente hospitalizado.<sup>11</sup>

No campo do cuidado obstétrico, o erro humano ao que parece não se torna menos prevalente, apesar de lidar em sua maioria com pacientes de risco habitual, no apoio aos processos normais e fisiológicos da gestação, a área obstétrica não está menos susceptível de conduzir a danos e acontecimentos adversos.<sup>11</sup>

Os eventos adversos dentro do centro obstétrico são reais, factíveis, e em sua maioria com intensidade de grave a moderada; e para preveni-los precisa-se estudar maneiras de evitar danos.<sup>17</sup> Outro fator que contribui para a ocorrência de eventos adversos no campo da obstetrícia, é o uso indiscriminado da tecnologia, que leva a intervenção médica desnecessária; a disponibilização dos recursos tecnológicos impulsiona o seu uso desnecessário, levando a um paradoxo, pois o excesso de uso da tecnologia leva a maior exposição aos perigos potenciais.<sup>18</sup>

## MODELOS DE ASSISTÊNCIA E BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS

O desenvolvimento e aplicação da tecnologia, em sua singularidade, não traz melhorias dos indicadores de mortalidade materna e neonatal; tais melhorias, dentro do cenário do parto e nascimento, só serão observadas através de mudanças assistenciais complexas, envolvendo toda a equipe multidisciplinar.<sup>19</sup>

Partindo-se do pressuposto de que, o ciclo gravídico e puerperal é um processo fisiológico, e que a maioria dos partos segue o fluxo do risco habitual, conclui-se que a maioria das mulheres atendidas nos serviços obstétricos necessita apenas de cuidados básicos. Por vezes, a institucionalização do parto é reconhecida como medida sanitária relevante para a redução da morte materna. Porém, ao longo dos tempos, verificou-se que apesar de medida sanitária relevante, a hospitalização não garante o sucesso na assistência e nem confere total adequabilidade da assistência ao parto.<sup>20</sup>

No Brasil, o modelo obstétrico é culturalmente medicalizado e institucional, tendo na figura do médico obstetra a superioridade<sup>21</sup>; tal modelo, caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções, como a amniotomia de rotina, adoção de posição litotômica e infusão intravenosa de ocitocina; além da constante negativa da presença de acompanhante, no

trabalho de parto e parto. O modelo intervencionista empregue nos processos fisiológicos do parto traz insatisfação por parte das mulheres, além de desfechos adversos.<sup>6</sup>

Para se reduzir sensivelmente tais práticas prejudiciais indica-se a adoção de evidências científicas na assistência obstétrica. Porém, a inserção de práticas baseadas em evidências científicas no campo assistencial exige mais que conhecimento e convicções, trata-se de uma busca coletiva e multidisciplinar pela mudança de postura, estando aberto aos novos conhecimentos, preenchendo lacunas na transferência do conhecimento e transpondo obstáculos.<sup>5</sup>

Na busca pela mudança deste cenário, a inserção das enfermeiras obstetras é uma das apostas, do Ministério da Saúde, para a redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias; sua presença no parto aumenta a satisfação das mulheres assistidas e não prejudica os indicadores perinatais, conforme demonstram as evidências científicas.<sup>22,23,24.</sup>

Em total conformidade com as políticas públicas, o papel desempenhado pela enfermagem obstétrica, leva em consideração as estratégias e programas lançados pelo Ministério da Saúde; onde o princípio desta política é a orientação a assistência humanizada, anulando a violência obstétrica, preconizando a assistência ao parto normal baseado em evidências científicas, buscando a redução da mortalidade materna.<sup>6</sup>

Desde a década de 90, observa-se um incentivo por parte da OMS aos princípios da humanização e ao resgate do papel fisiológico do parto. Para alcançar tais objetivos estimula-se a aplicação das práticas baseadas nas evidências científicas, com atuação da enfermeira obstetra (EO) e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto.<sup>25</sup> Observou-se que a inserção da enfermagem obstétrica nos hospitais reduziu as práticas claramente prejudiciais contribuindo para desfechos favoráveis ao processo de parto e nascimento.<sup>20,26</sup> Resultados semelhantes foram verificados em estudos que compararam modelos de assistência obstétrica em que ocorre atuação exclusiva dessas profissionais com serviços em que atuam somente algumas delas ou somente médicos.<sup>27,28,29.</sup>

Porém, poucos estudos analisaram a perspectiva da segurança do paciente no âmbito da assistência obstétrica e o uso de práticas

recomendadas.<sup>25,30</sup> Ao se considerar que a atuação das EO proporciona mudanças na assistência obstétrica pelo uso de práticas menos intervencionistas, possivelmente poderia também se observar menor incidência de eventos adversos. Assim, diante dessa lacuna de conhecimento e de uma relevante demanda em se analisar a assistência ao parto e nascimento pelo olhar da segurança do paciente, optou-se por realizar o presente estudo.

## **OBJETIVO GERAL**

Analisar a prevalência de eventos adversos obstétricos e neonatais e sua associação com modelos de assistência de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal e a partir disso elaborar vídeo para incentivar maior adesão às boas práticas de assistência obstétrica e redução de eventos adversos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a prevalência de eventos-sentinelas na assistência obstétrica e neonatal e sua associação com o modelo assistencial de três diferentes serviços públicos do Distrito Federal;
- Elaborar vídeo para incentivar maior adesão às boas práticas de assistência obstétrica e redução de eventos adversos.

## REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victoria C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(6):1915-1928. [Acesso 02/03/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
2. Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Martins Filho IE, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2019;17(61):135-141. [Acesso: 10/03/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6012>
3. Carvalho LS, Oliveira ICLO, Silva RMA, Alves TC, fontenele FMC, Carvalho REFL. Adesão às práticas seguras na atenção ao parto. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*. [Internet]. 2020;92(30):43-51. [Acesso 11/11/2020]; Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/597>
4. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa Labor And Birth Care. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1294. [Acesso: 21/03/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>
5. Cortês, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2988. [Acesso 24/08/2019]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>
6. Leal MC, Bittencourt AS, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Pereira MN, Torres JÁ, Gama SGN, Domingues RMS, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018. [Acesso 22/04/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
7. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene*. 2017;18(1):59-67. [Acesso 20/06/2020] DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100009>
8. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt DAS, Gama SGN, Silva LBRA, Lamy ZC. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(3):789-800. [Acesso: 21/10/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>

9. Lima SMS, Agostinho M, Mota L, Príncipe F. Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;4(19). [Acesso 20/06/2020]; DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
10. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):144-54. [Acesso 25/02/2019]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
11. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. *Semin Perinatol*. 2017 Apr;41(3):151-155. [Access: 31/07/2021]; <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.003>
12. Santos MM, Pereira AS, Fraga IMN, Correia AS, Góis RMO. A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica. Universidade Tiradentes. 2017.1(1). INTERNATIONAL NURSING CONGRESS. [Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society]. [Acesso: 14/09/2020]; Disponível em: <http://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5565/2442>
13. Vianna PVC, Helbusto NB, Barbosa RJ, Santos MHS. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. *Revista Univap*. 2017;23(42):35-50. [Acesso: 17/06/2020]; Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/318855772\\_sifilis\\_congenita\\_um\\_evento\\_sentinela\\_narrativas\\_de\\_mães\\_de\\_filhos\\_nascidos\\_com\\_sifilis\\_em\\_uma\\_cidade\\_metropolitana\\_paulista](http://www.researchgate.net/publication/318855772_sifilis_congenita_um_evento_sentinela_narrativas_de_mães_de_filhos_nascidos_com_sifilis_em_uma_cidade_metropolitana_paulista)
14. Oliveira TC, Silva JMO, Nagliate PC, Veríssimo RCSS, Sales MLH, Lucena TS. Resultados adversos do parto em maternidades de ensino de alto risco. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2020;20(1):203-211. [Acesso 09/12/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100011>
15. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Rev Enferm Contemp*. 2021;10(1):127-133. [Acesso: 02/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>
16. Silvestre CC, Silva AHFN, Sacramento LCA, Santos TS, Melo IA. Repercussões econômicas resultantes do elevado número de eventos adversos em ambiente hospitalar. 2017;1(1). International Nursing Congress. [Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society]. [Acesso: 30/09/2020]; Disponível em: <http://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5724>

17. Neiva LECP, Barros AF, Imoto AM, Gottems LBD. Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. *Vigil. sanit. Debate.* 2019;7(4):54-60. [Acesso 19/06/2020]; DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01324>
18. Kämpf C, Dias RB. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos.* 2018;25(4):1155-1160. [Acesso 07/08/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>
19. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190576. [Acesso: 15/07/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
20. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc.* 2019;28(3):171-184. [Acesso: 14/07/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>
21. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(11):4531-4546. [Acesso 07/07/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
22. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Tuesta AA, Silva CKRT, Silva SD, Santos YRP, Pereira APE. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021;26(3):919-929. [Acesso 24/03/2019]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
23. Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, Cesar NF, Silva OS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco.* 2019;10(4): 54-60. [Acesso: 13/09/2020]; DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>
24. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm.* 2020;eAPE20180284. [Acesso: 17/10/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
25. Souza FMLC, Santos WNS, Santos RSC, Rodrigues OBR, Santiago JCD, Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de Parto humanizado. *Enferm Foco* [Internet]. 2019;10(2):118-124. [Acesso: 27/10/2020]; Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180/531>

26. Teixeira CS, Pinheiro VE, Nogueira IS. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enferm Foco*. 2018; 9(1):71-75. [Acesso: 12/08/2020]; DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1101>
27. Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev. Bras. Enferm*. 2019;72(3):235-42. [Access: 21/03/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>
28. Barros GM, Dias MA, Gomes Junior SC. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. *Rev Soc Bras Enf Ped*. 2018;18(1):21-8. [Acesso: 15/03/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800004>
29. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(20): 304-13. [Acesso: 24/07/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
30. Rodrigues GT, Pereira ALF, Pessanha PSA, Penna LHG. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200075. [Acesso: 26/10/2021]; DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0075>

## PRODUTO 1 – ARTIGO ORIGINAL

### **Eventos adversos obstétricos e neonatais e associação com os modelos de assistência**

Autores

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro<sup>1</sup>

Adriana Simão Magalhães<sup>2</sup>

Ana Heloíza Granja Avelino<sup>2</sup>

Matheus da Cruz Silva Ramos<sup>2</sup>

Paula Wendy Andrade dos Santos<sup>2</sup>

Rodrigo Augusto Gonçalves Fonseca<sup>2</sup>

Ângela Ferreira Barros<sup>1</sup>

1. Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília. Distrito Federal.
2. Curso de Graduação em Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília. Distrito Federal.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a prevalência de eventos adversos obstétricos e neonatais e sua associação com modelos de assistência de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal. **Método:** Foi realizado um estudo coorte prospectivo com 651 puérperas, cujo parto foi de risco habitual, internadas no alojamento conjunto de três serviços de saúde, sendo um com modelo de assistência exclusivo por enfermeiros obstetras (serviço A), um com modelo de assistência colaborativo com atuação de médicos e enfermeiros obstetras (serviço B) e um modelo de assistência exclusivo médico (serviço C). No primeiro contato com as puérperas, foi realizada uma entrevista face a face e o segundo contato foi realizado após 42 dias do parto, por contato telefônico, para coleta do desfecho evento adverso. **Resultados:** Os eventos adversos ocorreram em 20,1% das puérperas e foram associados ao não uso do partograma ( $p=0,001$ ; OR: 11,03; IC: 2,64-45,99) e a episiotomia ( $p=0,042$ ; OR: 1,72; IC: 1,02-2,91). A probabilidade média de apresentar algum evento adverso foi de 5% no serviço A, 21% no serviço B e 24% no serviço C. **Conclusão:** o uso das boas práticas ocorre de maneira efetiva no serviço A, reforçando que a assistência das enfermeiras obstetras cumpri as recomendações para boas práticas e favorece consequentemente menor ocorrência de eventos adversos.

**Palavras-chave:** Parto humanizado; Enfermeiros Obstetras; Potencial Evento Adverso na Assistência à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Análise de Boas Práticas.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the prevalence of adverse obstetric and neonatal events and their association with care models of three public health services in the Federal District. **Method:** A prospective cohort study was conducted with 651 puerperae, whose delivery was of usual risk, admitted to the rooming-in of three health services, one with an exclusive care model by obstetric nurses (service A), one with a collaborative care model with the performance of physicians and obstetric nurses (service B) and a medical exclusive care model (service C). In

the first contact with puerperae, a face-to-face interview was conducted and the second contact was made after 42 days of delivery, by telephone contact, to collect the adverse event outcome. Results: Adverse events occurred in 20.1% of puerperae and were associated with not using the partogram ( $p=0.001$ ; OR: 11.03; CI: 2.64-45.99) and episiotomy ( $p=0.042$ ; OR: 1.72; CI: 1.02-2.91). The mean probability of presenting some adverse event was 5% in service A, 21% in service B and 24% in service C. Conclusion: the use of good practices occurs effectively in service A, reinforcing that the assistance of obstetric nurses complies with the recommendations for good practices and consequently favors a lower occurrence of adverse events.

Descriptors: Humanizing Delivery; Nurse Midwives; Near Miss; Healthcare Models; Benchmarking

## **INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, os indicadores de saúde mostram uma sensível melhoria na atenção ao parto e nascimento, com perspectivas de mudanças na assistência materna e neonatal.<sup>1</sup>

As bases para essas mudanças do perfil de assistência ao parto e nascimento estão alicerçadas nas políticas públicas voltadas a saúde materno-infantil<sup>2</sup>, baseadas no uso das evidências científicas na prática assistencial, associadas à humanização do atendimento, ao respeito a individualidade e aos direitos reprodutivos das mulheres<sup>3</sup>.

Porém ainda se perpetuam limitações na aplicação das boas práticas fundamentadas em evidências científicas e a sua incorporação pelos profissionais e serviços de saúde<sup>4</sup> ao se verificar ainda: altas taxas de cesarianas, episiotomia<sup>5</sup>, amniotomia de rotina e manobra de Kristeler<sup>6</sup>, por exemplo; reforçando a hipótese que a não adesão às boas recomendadas pode levar a ocorrência de eventos adversos na prática clínica obstétrica, conduzidas por erros humanos evitáveis, ressaltando que tais práticas se mostram deletérias à saúde da mulher e do bebê.<sup>7</sup>

Por mais que pareça controverso, a piora clínica do paciente pode estar ligada a atuação da assistência daquele que lhe é guardada a função de cuidar/curar, o profissional de saúde; que não o faz de forma dolosa, porém, por meio da negligência, imprudência ou imperícia, causa ao paciente algum dano; trata-se do conceito de evento adverso, que é um erro acidental cometido pelo profissional, mas que causa prejuízo ao seu assistido de forma temporária ou permanente.<sup>8</sup>

No campo do cuidado obstétrico, o erro humano ao que parece não se torna menos prevalente, apesar de lidar em sua maioria com pacientes de risco habitual, no apoio aos processos normais e fisiológicos da gestação, a área obstétrica não está menos susceptível de conduzir a danos e acontecimentos adversos.<sup>9</sup>

Outro fator que contribui para a ocorrência de eventos adversos no campo da obstetrícia, é o uso indiscriminado da tecnologia, que leva a intervenção médica desnecessária; a disponibilização dos recursos tecnológicos impulsiona o seu uso desnecessário, levando a um paradoxo, pois o excesso de uso da tecnologia leva a maior exposição aos perigos potenciais.<sup>10</sup>

No Brasil, o modelo obstétrico é culturalmente medicalizado e institucional, tendo na figura do médico obstetra a superioridade<sup>11</sup>; tal modelo, caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções, como a amniotomia de rotina, adoção de posição litotômica e infusão intravenosa de ocitocina; além da constante negativa da presença de acompanhante, no trabalho de parto e parto. O modelo intervencionista empregue nos processos fisiológicos do parto traz insatisfação por parte das mulheres, além de desfechos adversos<sup>5</sup>.

Para se reduzir sensivelmente tais práticas prejudiciais indica-se a adoção de evidências científicas na assistência obstétrica. Porém, a inserção de práticas baseadas em evidências científicas no campo assistencial exige mais que conhecimento e convicções, trata-se de uma busca coletiva e multidisciplinar pela mudança de postura, estando aberto aos novos conhecimentos, preenchendo lacunas na transferência do conhecimento e transpondo obstáculos.<sup>4</sup>

Na busca pela mudança deste cenário, a inserção das enfermeiras obstetras é uma das apostas, do Ministério da Saúde, para a redução no uso das

intervenções e das cesáreas desnecessárias; sua presença no parto aumenta a satisfação das mulheres assistidas e não prejudica os indicadores perinatais, conforme apontado por alguns estudos<sup>12,13,14</sup>.

Observou-se que a inserção da enfermagem obstétrica nos hospitais reduziu as práticas claramente prejudiciais contribuindo para desfechos favoráveis ao processo de parto e nascimento.<sup>15,16</sup> Resultados semelhantes foram verificados em estudos que compararam modelos de assistência obstétrica em que ocorre atuação exclusiva dessas profissionais com serviços em que atuam somente algumas delas ou somente médicos.<sup>17,18,19</sup>

Porém, poucos estudos analisaram a perspectiva da segurança do paciente no âmbito da assistência obstétrica e o uso de práticas recomendadas.<sup>20,21</sup> Ao se considerar que a atuação das EO proporciona mudanças na assistência obstétrica pelo uso de práticas menos intervencionistas, possivelmente poderia também se observar menor incidência de eventos adversos. Assim, diante dessa lacuna de conhecimento e de uma relevante demanda em se analisar a assistência ao parto e nascimento pelo olhar da segurança do paciente, optou-se por realizar o presente estudo.

## **OBJETIVO**

Analisar a prevalência de eventos adversos obstétricos e neonatais e sua associação com modelos de assistência de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal.

## **MÉTODO**

Foi realizado um estudo do tipo coorte prospectivo. As participantes foram puérperas somente de parto de risco habitual.

Os locais de estudo foram três serviços de assistência obstétrica e neonatal públicos do Distrito Federal que atendem somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram eles: um Centro de Parto Normal Peri hospitalar, local com atuação exclusiva de enfermeiras obstetras, que será

denominado serviço A no presente estudo; um hospital de atenção terciária em que atuam enfermeiras obstetras somente nos períodos diurnos de forma colaborativa com médicos, denominado de serviço B; e, por fim, um hospital de atenção terciária com atuação exclusiva de médicos na assistência obstétrica e neonatal, denominado de serviço C. Cada serviço pertence a uma região de saúde distinta no Distrito Federal.

A amostra foi composta por binômios, puérperas e seus bebês, internados no alojamento conjunto dos locais de estudo, por ocasião do parto, durante os meses de abril a agosto de 2019. Para cálculo amostral, utilizou-se como o número de partos registrados nos locais do estudo nos últimos quatro meses de 2018 (120 no serviço A, 1080 no serviço B e 888 no serviço C), e estimou-se que 90% dos partos foram de risco habitual nos serviços B e C, tendo em vista que todos os partos do serviço A são de risco habitual. No serviço A, a coleta ocorreu por quatro meses para se alcançar uma amostra mínima que viabilizasse os cálculos estatísticos comparativos com os outros serviços. Considerando o erro amostral de 5%, o nível de confiança de 95% e valores de prevalência de 20%, estimou-se a amostra de 107 participantes no serviço A, 284 no serviço B e 260 no serviço C.

Foram incluídas puérperas de parto vaginal ou em trabalho de parto com desfecho cirúrgico que foram classificadas como gestação de risco habitual. Foram excluídas as puérperas cuja gestação foi de alto risco e mulheres menores de 18 anos.

As puérperas foram abordadas enquanto estavam internadas, no alojamento conjunto dos três locais de estudo simultaneamente para a realização da entrevista. Foram coletados também dados do prontuário da mãe e do recém-nascido, do cartão da gestante e da caderneta da criança.

No primeiro contato com a puérpera foi realizada a entrevista face a face guiada por um instrumento de coleta de dados, composto por dados sociodemográficos, aspectos do acesso ao serviço de saúde, características da assistência pré-natal e da assistência obstétrica e neonatal durante o parto e pós-parto (Apêndice A). O segundo contato foi realizado, após o término do período classificado como puerpério (42 dias após o parto) por meio de contato telefônico direto com as puérperas que participaram da primeira etapa, para

coleta do desfecho, definido como a ocorrência ou não de algum evento adverso com ela e com o bebê desde o parto.

Foram considerados eventos adversos os eventos sentinelas ou incidentes definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária no documento “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade” (ANVISA, 2014).

Os dados coletados foram inseridos e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 26.0. Para análise dos dados, foram realizadas as medidas de tendência central e dispersão para os dados quantitativos e a frequência absoluta e relativa dos dados qualitativos. Em seguida as características sociodemográficas foram comparadas pelo teste de qui-quadrado.

Na análise da associação das práticas assistenciais não recomendadas com a ocorrência do desfecho evento adverso obstétrico ou neonatal, foram excluídas as puérperas com parto cirúrgico porque a cirurgia por si já aumentaria o risco de evento adverso, totalizando, portanto, um N = 548 para essa análise. Assim foi realizado um modelo de regressão logística múltipla *stepwise forward* após um estudo de multicolinearidade das variáveis. A variável resposta foi a ocorrência do evento adverso. Foi considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ . Além disso foi calculado a média das probabilidades estimadas da ocorrência do evento adverso em cada serviço e ao final foi aplicado o teste comparativo de médias (Teste de Tukey).

Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme parecer nº 3.218.57, CAAE: 06211118.6.0000.5553, conforme recomendação das diretrizes da Resolução nº 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. As participantes foram convidadas a participar e o aceite foi registrado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS**

A amostra total foi composta por 651 participantes, sendo 107 do serviço A, 284 no serviço B e 260 no serviço C. No serviço com atuação exclusiva das

enfermeiras obstetras, ocorreram 16,4% dos partos, no serviço com atuação colaborativa ocorreram 43,6% e no serviço com atuação somente de médicos ocorreram 39,9%.

A média de idade das mulheres foi de 26,7 anos (desvio padrão 6,1) e a renda familiar média foi R\$ 2102,50 (desvio padrão R\$ 1500,00). Quanto ao local de residência, 97,6% tiveram o parto no serviço de referência de acordo com o local de residência, atendendo às normas estabelecidas pela regionalização da assistência obstétrica no DF. Identificou-se que 18,4% residiam fora do Distrito Federal, sendo que 99% dessas residiam em municípios integrantes da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

As seguintes características foram relatadas pela maioria das puérperas: a gestação não foi planejada (64,5%), sem patologias pregressas (94%), sem patologias nesta gestação (74,5%), uso da suplementação de sulfato ferroso (95,2%) e uso de ácido fólico (92%).

A atenção primária foi o principal local de realização do pré-natal (97,5%) e, no mínimo, seis consultas foram realizadas (76%) com início em até 12 semanas para 64,6%. Não foi ofertada para a maioria das puérperas a visita ao local de parto de referência (70,6%). Entre as que tiveram essa oportunidade ofertada, 22% realizaram a visita. O deslocamento para o local do parto ocorreu pelo SAMU somente para 8% das mulheres.

O trabalho de parto das mulheres evoluiu para parto cirúrgico em 15,8%, considerando somente os serviços B e C, tendo em vista que esse procedimento não é realizado no serviço A. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa na realização de parto cirúrgico entre os serviços B e C ( $p = 0,625$ ).

Os recém-nascidos (RN) apresentaram em média 3249,8 gramas (desvio padrão 416,2 gramas), 97,4% tinham mais de 2500 g, 8,9% nasceram com mais de 40 semanas e a apresentação não cefálica ocorreu em 1%. O apgar menor que 7 no 1º minuto ocorreu em 4,9% e no 5º minuto, em 0,3%. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa nos três serviços em relação ao peso do RN ( $p=0,434$ ) e apgar no 5º minuto ( $p=0,221$ ).

Os demais dados das variáveis sociodemográficas e características da assistência pré-natal foram apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e características do pré-natal de 651\* puérperas atendidas em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.

Variáveis/Categorias	Total N (%)	Serviço A N (%)	Serviço B N (%)	Serviço C N (%)	p valor**
Faixa etária					0,126
< 35 anos	573 (88,0)	91 (85,0)	245 (86,3)	237 (91,2)	
≥ 35 anos	78 (12,0)	16 (15,0)	39 (13,7)	23 (8,8)	
Cor da pele autodeclarada					0,008
Branca	126 (19,4)	32 (29,9)	46 (16,2)	48 (18,5)	
Parda/Negra/Amarela	525 (19,4)	75 (70,1)	238 (83,8)	212 (80,6)	
Grau de instrução					0,062
< Ensino médio	154 (23,7)	29 (27,1)	76 (26,7)	49 (18,8)	
≥ Ensino Médio completo	497 (76,3)	78 (72,9)	208 (73,2)	211 (81,2)	
Estado civil					0,147
Casada/união estável	510 (78,3)	84 (78,5)	213 (75,0)	213 (81,9)	
Solteira/divorciada/viúva	141 (21,7)	23 (21,5)	71 (25,0)	47 (18,1)	
Renda familiar média (reais)					0,005
≤ 2000,00	362 (67,8)	58 (57,4)	174 (74,7)	130 (65,0)	
> 2000,00	172 (32,2)	43 (42,9)	59 (25,3)	70 (35,0)	
Nº de consultas de pré-natal					0,023
< 6	147 (24,0)	10 (12,8)	66 (23,6)	71 (28,0)	
≥ 6	465 (76,0)	68 (87,2)	214 (76,4)	183 (72,0)	
Idade gestacional no início do pré-natal					0,001
≤ 12 semanas	385 (64,6)	84 (79,2)	161 (64,4)	140 (58,3)	
> 12 semanas	211 (35,4)	22 (20,8)	89 (35,6)	100 (41,7)	

\* Diferenças no N correspondem a perda de informação.

\*\* Teste qui quadrado.

Em relação às variáveis sociodemográficas, verificou-se diferenças estatisticamente significativas na cor da pele das mulheres, identificando-se maior percentual de mulheres brancas no serviço A ao se comparar com o serviço B ( $p = 0,002$ ) e C ( $p = 0,016$ ).

As mulheres do serviço A apresentaram maior renda familiar média do que as do serviço B ( $p = 0,002$ ), porém não houve diferença em relação às mulheres do serviço C. As mulheres atendidas no serviço B também apresentaram menor renda familiar média em relação às mulheres do serviço C ( $p=0,028$ ).

Sobre aspectos do pré-natal, maior percentual de mulheres do serviço A realizaram pelo menos seis consultas ao se comparar com as do serviço B ( $p= 0,040$ ) e do serviço C ( $p = 0,006$ ). O início do pré-natal em até 12 semanas foi mais prevalente nas mulheres do serviço A em comparação com as do serviço B ( $p = 0,006$ ) e C ( $p < 0,001$ ).

As variáveis referentes às práticas assistenciais obstétricas durante o parto e pós-parto foram apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Práticas assistenciais obstétricas e neonatais recebidas por 651\* puérperas durante atendimento em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.

Variáveis	Total N (%)	Serviço A N (%)	Serviço B N (%)	Serviço C N (%)
<i>Humanização</i>				
Tratada com agressividade e/ou grosseria	70 (10,8)	1 (0,9)	34 (12,0)	35 (13,5)
Ouviu piadas sarcásticas sobre seu comportamento	27 (4,1)	0	17 (6,0)	10 (3,8)
Realizaram procedimentos sem consentimento prévio.	196 (30,1)	2 (1,9)	94 (33,1)	100 (38,5)
Recusaram internação após o período ativo do parto	100 (15,4)	0	38 (13,4)	62 (23,8)
<i>Práticas recomendadas</i>				
Posição parto não litotômica	376 (68,6)	104 (97,2)	108 (47,4)	164 (77,0)
Liberdade para deambulação	575 (88,3)	107 (100,0)	251 (88,4)	217 (83,5)
Recebeu dieta no trabalho de parto	397 (64,6)	104 (97,2)	157 (59,2)	136 (56,0)
Acompanhante livre escolha	503 (80,2)	107 (100,0)	184 (69,2)	212 (83,5)
Disponibilizado banho de aspersão	466 (75,6)	105 (98,1)	205 (77,1)	156 (64,2)

Recebeu massagem	223 (36,0)	47 (44,3)	91 (34,0)	85 (34,7)
Disponibilizada bola de bobath	401 (65,1)	101 (97,1)	130 (48,7)	170 (69,4)
Uso do partograma	96 (17,5)	92 (86,0)	3 (1,3)	1 (0,5)
Contato pele a pele 1ª hora de vida	455 (70,4)	101 (96,2)	245 (86,6)	109 (42,2)
Amamentação 1ª hora vida	371 (57,3)	100 (95,2)	153 (54,3)	118 (45,4)
<i>Práticas não recomendadas</i>				
Uso acesso venoso contínuo	289 (46,4)	0	128 (47,4)	161 (65,4)
Monitorização eletrônica cardiotetral > 20 minutos	82 (13,1)	0	40 (14,7)	42 (17,0)
+ 1 toque vaginal por hora	97 (15,5)	0	28 (10,3)	69 (27,9)
Manobra de Kristeller	65 (10,5)	0	20 (7,5)	45 (18,0)
Incentivos a puxos dirigidos	261 (41,9)	0	90 (33,6)	171 (69,0)
Episiotomia	101 (18,4)	0	16 (7,0)	85 (39,9)
Laceração (1º ou 2º grau)	278 (50,7)	69 (64,5)	129 (56,6)	80 (37,6)
Laceração (3º ou 4º grau)	6 (1,1)	1 (0,9)	2 (0,9)	3 (1,4)
Ocitocina endovenosa	115 (17,7)	10 (9,3)	47 (16,5)	58 (22,3)

Tabela 3. Prevalência de eventos adversos e suas distinções (maternos, fetais ou neonatais e organizacionais) em puérperas atendidas em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.

Variáveis	Total N (%)	Serviço A N (%)	Serviço B N (%)	Serviço C N (%)
<b>Evento adverso</b>				
Sim	131 (20,1)	2 (1,9)	51 (18,0)	78 (30,0)
Não	520 (79,9)	105 (98,1)	233 (82,0)	182 (70,0)
<b>Eventos maternos</b>				
Sim	49 (7,5)	2 (1,9)	14 (4,9)	33 (12,7)
Não	602 (92,5)	105 (98,1)	270 (95,1)	227 (87,3)
<b>Eventos fetais ou neonatais</b>				
Sim	96 (14,7)	0	43 (15,1)	53 (20,4)
Não	555 (85,3)	107 (100,0)	241 (84,9)	207 (79,6)
<b>Eventos organizacionais</b>				

Sim	3 (0,5)	0	1 (0,4)	2 (0,8)
Não	648 (99,5)	107 (100,0)	283 (99,6)	258 (99,2)

Em relação às variáveis eventos adversos e seus subtipos: eventos maternos, eventos fetais ou neonatais e eventos organizacionais; verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os serviços A, B e C, identificando-se maior percentual de eventos adversos totais no serviço C.

As mulheres do serviço A apresentaram menor índice de eventos maternos durante o período do estudo, apenas 1,9%, e ausência de eventos fetais ou neonatais e eventos organizacionais.

Ao que diz respeito aos serviços B e C, os eventos maternos e eventos fetais ou neonatais, foram observados em maior prevalência no serviço C.

Tabela 4. Discriminação dos tipos de eventos adversos por categorias (maternos, fetais ou neonatais e organizacionais) e suas distinções em puérperas e RN, atendidos em três serviços de saúde públicos do Distrito Federal entre abril e agosto de 2019.

EVENTOS ADVERSOS MATERNOS	N	%
Readmissão materna não planejada dentro de 14 dias	01	2,0
Lacerações perineais de 3° e 4° grau	06	12,2
Hemorragia necessitando transfusão	14	28,6
Tromboembolismo venoso	01	2,0
Início intra-hospitalar de antibiótico 24 horas ou mais após um parto vaginal	12	24,5
Remoção, lesão ou reparo não planejado de órgão	03	6,5
Retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção	07	14,3
Eclâmpsia	02	4,1
Complicações anestésicas	02	4,1
Admissão em unidade de terapia intensiva	01	2,0
Total	49	100,0
EVENTOS ADVERSOS FETAIS OU NEONATAIS	N	%
Anomalia fetal não diagnosticada	17	17,7
Recém-nascido com mais de 2500g admitido em UTI neonatal	70	72,9

Tocotraumatismo	8	8,3
Escore de apgar <7 no 5° minuto	1	1,0
Total	96	100,0
<b>EVENTOS ADVERSOS ORGANIZACIONAIS</b>		
	N	%
Demora para responder uma chamada para assistência	01	33,3
Violação de protocolo local	02	66,7
Total	03	100,0

No total 148 sujeitos entre RN e puérperas sofreram algum tipo de evento adverso. Dentre os eventos adversos maternos, 49 puérperas foram acometidas por situações que a ANVISA classifica como um evento indesejável e prejudicial à saúde; dentre tais eventos prevaleceram: a hemorragia necessitando transfusão (28,6%), início intra-hospitalar de antibiótico 24 horas ou mais após um parto vaginal (24,5%), retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção (14,3%) e lacerações perineais de 3° e 4° grau (12,2%).

Os eventos adversos fetais ou neonatais prevaleceram em maior número dentre todos os eventos adversos, acometendo 96 RN; cujo subitens de maior prevalência foram: recém-nascido com mais de 2500g admitido em UTI neonatal (72,9%), seguido por anomalia fetal não diagnosticada (17,7%).

Os eventos adversos organizacionais apresentaram frequência menor, acometendo apenas três sujeitos em duas situações: violação de protocolo local (66,7%) e demora para responder uma chamada para assistência (33,3%).

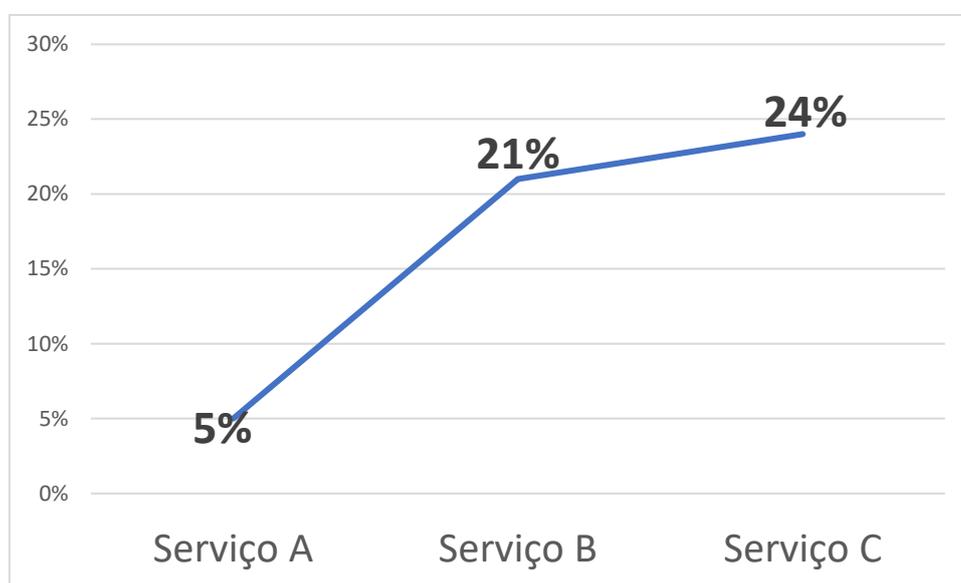
Em relação às práticas não recomendadas, foram associadas ao desfecho evento adverso o não uso do partograma e a realização da episiotomia. (Tabela 5).

Tabela 5. Práticas assistenciais não recomendadas testadas para associação com o desfecho evento adverso – regressão logística modelo simples e modelo múltiplo (ajustado)

	Modelo	Modelo múltiplo		
	Modelo simples	OR ajustado	IC 95%	p valor <sub>ajustado</sub>
Não uso do partograma	<0,001	11,03	2,64-45,99	0,001
Uso acesso venoso contínuo	0,004	--	--	--

Monitorização eletrônica	0,497	--	--	--
cardiofetal > 20 minutos				
+ 1 toque vaginal por hora	0,049	--	--	--
Manobra de Kristeller	0,022	--	--	--
Incentivos a puxos dirigidos	<0,001	--	--	--
Episiotomia	0,001	1,72	1,02-2,91	0,042
Ocitocina endovenosa	0,049	--	--	--

Gráfico 1. Probabilidade média de ocorrência de evento adverso por serviço



Pode-se concluir que a probabilidade média de apresentar algum evento adverso foi de 5% quando observado o serviço A, 21% no serviço B e 24% no C.

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstram uma diferença na prática da assistência obstétrica e neonatal nos três serviços estudados de acordo com o modelo assistencial empregado no cenário do parto e nascimento, mostrando que as ocorrências dos eventos adversos foram associadas ao não uso do partograma

e a episiotomia, além de apresentarem maior probabilidade de ocorrer no serviço com maior uso das práticas obstétricas e neonatais não recomendadas.

Em relação aos dados sociodemográficos, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os serviços. Assim sendo, nos serviços B e C, cujo resultados demonstram menor aplicação de boas práticas no parto e nascimento, há um maior número de pacientes autodeclaradas pardas e negras. Além disso, as pacientes do serviço B apresentaram menor renda familiar média. Um estudo identificou que, especialmente as mulheres pretas e de baixa renda relatam insatisfação quanto suas experiências relativas ao processo de parto e nascimento.<sup>22</sup> Outro estudo também verificou maior número de consultas de pré-natal em mulheres com cor da pele branca e com maior renda.<sup>23</sup> A partir disso pode-se inferir que esses aspectos sociodemográficos possam ter influenciado diferentes práticas assistenciais no parto.

Quanto aos modelos de assistência, obteve-se os melhores resultados na aplicação das boas práticas, na assistência exclusiva da enfermagem obstétrica, no serviço A, em todos os quesitos quando comparado aos dois outros serviços. Outros estudos recentes apresentaram resultados semelhantes evidenciando que a enfermagem obstétrica utiliza na sua assistência menor intervenção, respeitando o protagonismo da mulher no parto, assistindo-as com maior quantidade de boas práticas<sup>13,17,18</sup>, o que ressalta a importância da atuação deste profissional no cenário do parto e nascimento.

Importa ressaltar os seguintes dados, que corroboram para a afirmação acima, no serviço A: todas as pacientes tiveram respeitado o direito de escolha e a presença do acompanhante durante toda a internação, nenhuma paciente do estudo teve recusa de internação após o período ativo do parto, ou ouviu piadas sarcásticas sobre seu comportamento, não permaneceu com acesso venoso periférico continuamente, não permaneceu com monitorização cardíaca fetal contínua por mais de 20 minutos consecutivos, não recebeu manobra de Kristeller ou foi incentivada a puxos dirigidos, e nenhuma recebeu mais de um toque vaginal por hora ou foi realizado episiotomia.

Estudos apontam que a presença do acompanhante no parto tem sido primordial para promover mudanças nas condutas profissionais, evitando práticas rotineiras.<sup>24</sup> Sua presença atenua as desigualdades sociais e aumenta o uso de boas práticas não farmacológicas, conforme verificado em estudo

realizado em três maternidades públicas do Rio de Janeiro, onde se observou maior percentual de massagens, banhos e deambulação nas parturientes que possuíam acompanhantes em seu parto.<sup>25</sup> Logo, pode-se inferir que possivelmente a presença do acompanhante é fator contribuinte para a aplicação de boas práticas obstétricas, já que no serviço A todas as pacientes tiveram acompanhante e maior frequência no uso das boas práticas.

Em percentual maior do que os outros serviços, praticamente todas as pacientes atendidas no serviço A foram questionadas sobre seu consentimento antes da realização dos procedimentos, tiveram parto em posição verticalizada, receberam dieta durante o trabalho de parto, tiveram aplicado o partograma ao seu caso clínico, tiveram o contato pele a pele na primeira hora após o nascimento e amamentaram precocemente.

No Distrito Federal existe a lei distrital nº 6.144, de 07 de junho de 2018, que considera violência obstétrica todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida, que a ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério, considerando ofensa verbal ou física: “tratar a mulher grávida ou parida de forma agressiva, grosseira, zombeteira ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido”; e ainda: “fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido”.<sup>26</sup> Os serviços que não atendam a este requisito estão indo em embate a lei e são passíveis de punições legais.

A indispensabilidade do uso do partograma para o acompanhamento clínico do parto já está consolidado pela OMS desde 1994, e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) desde 1998, porém observa-se baixa adesão desta prática nos serviços B e C, e de forma geral nos cenários de parto e nascimento pelo Brasil.<sup>27</sup> No presente estudo, o não uso do partograma foi associado a maior chance de ocorrência de evento adverso. Assim sendo, verifica-se uma necessidade de sensibilização dos profissionais dos serviços B e C para uso do partograma, visto que, ele auxilia na monitorização gráfica da evolução do trabalho de parto, evitando intervenções desnecessárias;<sup>28</sup> erros e condutas impróprias.<sup>27</sup> Provavelmente a sua não utilização pode explicar a maior porcentagem de intervenções nos serviços B e C o que implicou em mais eventos adversos.

Em relação à recomendação de amamentação precoce e o contato pele a pele em toda 1ª hora de vida, destaca-se a menor adesão do Serviço C em comparação aos outros serviços. A Portaria nº 371/2014 do Ministério da Saúde e a OMS dispõem de maneira clara que tais práticas devam ser iniciadas precocemente, desde que o binômio apresente condições fisiológicas após o parto.<sup>29,30</sup>

O serviço B apresentou menor adoção de posições verticalizadas (não litotômica). Essas posições diminuem o período de parto, o escore de dor, torna a parturiente mais participativa, diminuindo o período expulsivo, evitando o uso da episiotomia.<sup>31</sup> Situações que talvez possam explicar tal resultado no serviço B, podem estar ligados a ambiência hospitalar, a adoção de procedimentos protocolados e a medicalização do processo de parto e nascimento neste serviço.

Quanto às lacerações perineais, verificou-se maior prevalência de lacerações de 1º e 2º grau no serviço A, quando comparado com os outros dois serviços. Isso ocorreu porque no serviço A não ocorreram episiotomias. Insta salientar que, em termos de desfechos maternos, verifica-se que pacientes com episiotomia apresentaram menor frequência de lacerações de 1º e 2º grau<sup>32</sup>, porém essas lacerações são menos prejudiciais quanto comparadas à episiotomia.<sup>33</sup> Além disso, é importante ressaltar que a episiotomia aumenta o risco de lacerações graves de 3º e 4º graus;<sup>34</sup> o que se confirma no contexto do estudo atual, já que no serviço A não ocorreu nenhuma episiotomia e apenas 1 laceração de 3º grau.

Dessa forma, verificou-se que o uso das boas práticas ocorre de maneira efetiva no serviço A, onde há a assistência exclusiva das enfermeiras obstetras no parto e nascimento. O papel da Enfermagem na evolução do cenário das boas práticas obstétricas promove condições institucionais e técnicas humanizadas que qualificam o cuidado no ciclo gravídico, puerperal e neonatal; proporcionando desfechos maternos e neonatais positivos.<sup>35</sup>

Outros estudos reforçam esta teoria ao demonstrar que a implementação das boas práticas no parto e nascimento, são implementadas com maior frequência por enfermeiras obstetras do que médicos.<sup>36</sup>

No modelo colaborativo misto na assistência ao parto e nascimento, presente no serviço B, que conta com a presença da enfermeira obstetra e

médico, obteve-se menor aplicação das boas práticas e maior percentual de procedimentos invasivos e desaconselhados pela OMS e Ministério da Saúde quando comparado ao serviço A.

Quanto às práticas não recomendadas ou não recomendadas rotineiramente, os maiores percentuais foram identificados no serviço C, hospital com modelo de assistência centrado no médico. A maior prevalência dessas práticas provavelmente aumentou a probabilidade de ocorrer um evento adverso nesse serviço. A manobra de Kristeller, por exemplo, é considerada uma violação ao direito da mulher, trata-se de uma prática não recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde, e está ligada diretamente a eventos sentinelas e adversos.<sup>37</sup>

Baseando-se no serviço C, na atenção exclusiva médica ao parto, os resultados sugerem que ainda há uma deficiência na associação entre teoria e prática na formação médica no Brasil. Deve-se dar maior ênfase na formação acadêmica do médico, visto que, ainda hoje prevalece o modelo de cuidado centrado na doença, não absorvendo as propostas atuais do SUS de mudança no modelo de atenção à saúde.<sup>18</sup>

A maior frequência no uso de práticas não recomendadas pelo serviço C provavelmente aumentaram a probabilidade média de ocorrência dos eventos adversos quando comparados aos serviços com atuação das enfermeiras obstetras. Em países desenvolvidos, a presença da equipe multiprofissional na assistência ao parto, está associada a taxas mais elevadas de nascimentos fisiológicos, resultados seguros e experiências maternas positivas.<sup>38</sup>

Estudos recentes salientam que o papel da enfermagem na evolução do cenário de parto e nascimento com a aplicação das boas práticas, promove condições institucionais e técnicas humanizadas que qualificam o cuidado no ciclo gravídico, puerperal e neonatal; proporciona desfechos maternos e neonatais positivos.<sup>35</sup>

A assistência médica no Brasil, no campo do parto e nascimento, se consolida na superestimação do uso da tecnologia e negação dos eventos adversos que se advém destas intervenções.<sup>39</sup> A incorporação de tecnologias sem efetividade comprovada está provocando nos serviços obstétricos, não apenas a morte materna e a morbidade materna grave; mas, também, outros eventos menos expressivos, mas que podem ter resultados negativos na saúde

das mulheres e de seus filhos, gerando, além de sofrimento desnecessário, custos para o sistema de saúde e para toda a sociedade.<sup>10</sup>

Pode-se então concluir que possivelmente a figura do profissional médico no parto, ao não absorver as aplicações das boas práticas no parto e ao incorpora o excesso de tecnologia, favorece a maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos nos serviços B e C. A educação continuada dentro da medicina deve ser aplicada como uma política institucional, a fim de se evitar práticas obstétricas sem comprovação científica.<sup>40,41</sup>

Ao analisar os tipos de eventos adversos nos serviços A, B e C verificou-se ausência de eventos fetais ou neonatais e organizacionais no serviço A, e prevalência mínima de eventos maternos quando comparado aos serviços B e C; no serviço B encontrou-se eventos adversos nas três categorias: fetais ou neonatais, organizacionais e maternos, porém em menor proporção quando comparado ao serviço C, que possui maior números de eventos adversos nas três categorias, entre os demais serviços.

Os eventos adversos dentro da obstetrícia podem ser considerados participante do rol de eventos associados aos processos patológicos, e que podem levar a morbimortalidade materna, ou ainda, podem participar como causa raiz do evento, sendo oriundo das falhas estruturais e organizacionais da assistência ao parto e nascimento<sup>42</sup>, sendo difícil mensurar exatamente sua origem.

Entre as limitações do estudo pode-se citar a escassez da descrição dos eventos adversos nos prontuários, o que prejudica a sua identificação, levando a subnotificações; ainda pela cultura punitiva de descrição dos erros, tornando sua presença ínfima e não fidedigna, impossibilitando estudos mais aprofundados de suas causas e prevenção. Outro fator limitador é a diferença estrutural entre as unidades estudadas, uma vez que, o serviço A já fora criado com sua ambiência voltada para o emprego das boas práticas, facilitando o acolhimento da gestante, acompanhante e aplicação dos mecanismos facilitadores do parto; além da sua característica de assistência secundária e apenas de risco habitual, o que diminui a demanda em detrimento dos serviços B e C que são de assistência terciária, de alta complexidade, alta procura e estrutura tipicamente hospitalar para absorver a alta demanda. Tais fatores talvez possam ter contribuído para a aplicação das boas práticas; porém, não

possuem preponderância frente a disseminação dos eventos adversos, uma vez que, a pesquisa demonstra que a assistência profissional foi a principal ação responsável pelos desfechos negativos, destacando-se no estudo o não uso do partograma e a realização da episiotomia.

## CONCLUSÃO

As situações reveladas pelo presente estudo, levam a conclusão de que a aplicação das boas práticas ocorre em frequências distintas nos três serviços de saúde pública estudados no DF, e que provavelmente a formação profissional interfere na qualidade da assistência prestada no parto e nascimento.

A peculiaridade do sistema local de assistência ao parto e nascimento no DF, hoje, requer uma abordagem multidisciplinar e coesa na aplicação das boas práticas no campo materno e neonatal, a fim de coibir os eventos adversos na obstetrícia. A mudança nesta conduta trará melhorias na qualidade de vida do binômio, independente do modelo de assistência empregado; razão pela qual é necessário se apoiar todas as ações que são destinadas a melhoria nesta área do cuidado, cabendo essa responsabilidade a todos: Estado, instituições, organizações e sobretudo profissionais de saúde, que são as peças principais de operação e controle nos processos destinados a evitar os eventos adversos na obstetrícia.

## REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Szwarcwld CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victoria C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(6):1915-1928. [Acesso 02/12/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-232018236.03942018>
2. Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Martins Filho IE, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. Rev. Aten. Saúde. 2019;17(61):135-141. [Acesso: 10/09/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6012>

3. Carvalho SS, Silva CS. Revisão integrativa: promoção das boas práticas na atenção ao parto normal. *Rev. Aten. Saúde.* 2020;18(63): 110-119. [Acesso: 13/01/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6290>
4. Cortês, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e2988. [Acesso 24/08/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>
5. Leal MC, Bittencourt AS, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Pereira MN, Torres JÁ, Gama SGN, Domingues RMS, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública.* 2019;35(7):e00223018. [Acesso 22/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
6. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene.* 2017;18(1):59-67. [Acesso 20/06/2021] DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100009>
7. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt DAS, Gama SGN, Silva LBRA, Lamy ZC. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021;26(3):789-800. [Acesso: 21/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
8. Santos MM, Pereira AS, Fraga IMN, Correia AS, Góis RMO. A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica. *Universidade Tiradentes.* 2017.1(1). International nursing congress. [Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society]. [Acesso: 14/09/2021]; Disponível em: <http://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5565/2442>
9. Pettkers CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. Elsevier. 2017;1(1):1-5. *Seminars in perinatology.* [Access: 31/07/2021]; <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.003>
10. Kämpf C, Dias RB. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2018;25(4):1155-1160. [Acesso 07/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>

11. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(11):4531-4546. [Acesso 07/07/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
12. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Tuesta AA, Silva CKRT, Silva SD, Santos YRP, Pereira APE. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021;26(3):919-929. [Acesso 24/03/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
13. Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, Cesar NF, Silva OS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm Foco.* 2019;10(4): 54-60. [Acesso: 13/09/2021]; DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>
14. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm.* 2020;eAPE20180284. [Acesso: 17/10/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
15. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc.* 2019;28(3):171-184. [Acesso: 14/07/2020]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>
16. Teixeira CS, Pinheiro VE, Nogueira IS. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enferm Foco.* 2018; 9(1):71-75. [Acesso: 12/08/2021]; DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1101>
17. Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(3):235-42. [Access: 21/03/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>
18. Barros GM, Dias MA, Gomes Junior SC. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. *Rev Soc Bras Enf Ped.* 2018;18(1):21-8. [Acesso: 15/03/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800004>
19. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(20): 304-13. [Acesso: 24/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>

20. Souza FMLC, Santos WNS, Santos RSC, Rodrigues OBR, Santiago JCD, Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de Parto humanizado. *Enferm Foco* [Internet]. 2019;10(2):118-124. [Acesso: 27/10/2020] Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180/531>
21. Rodrigues GT, Pereira ALF, Pessanha PSA, Penna LHG. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200075. [Acesso: 26/10/2021]; DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0075>
22. Fabbro MRC, Machado GPR. A violência obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2017;2:1226-1235. [Acesso em: 26/11/2021]. Disponível em: <https://proceedings.ciaq.org/index.php/ciaq2017/article/view/1459>
23. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(3): e00195815. [Acesso: 30/11/21] DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
24. Alves MTSS, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GLS. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021.26(3):837-846. [Acesso em: 23/11/2021]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>
25. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delzivo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2021. 30(1):e2020383. [Access: 21/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>
26. Brasil. lei nº 6.144, de 07 de junho de 2018; [Acesso em: 26/11/2021]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei\\_6144\\_07\\_06\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html)
27. Medeiros AB, Freire ILS, Santos FR, Silva BCO, Batista GFM, Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*. 2020; 11(3): e1046. [Access: 25/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>

28. Salazar ERS, Leal RC, Rodrigues JP, Vilanova RF, Silva IS. O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enferm Bras.* 2020;19(3):230-237. [Access: 21/11/2021]; DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>
29. Abdala LG, Cunha MLC. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clin Biomed Res.* 2018;38(4):356-360. [Access: 21/11/2021]; DOI: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>
30. Kuamoto RS, Bueno M, Riesco MLG. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 4). [Access: 25/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026 e20200026>
31. Amaro CIT, Dias H, Santos MJO, Nelas PAAB, Coutinho EC. Benefícios da verticalização do parto. *INFAD Revista de Psicologia.* 2021;1(1):489-502. Access: 21/11/2021]; DOI: Access: 21/11/2021]; Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/ijodaep/article/view/2130>
32. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics servisse of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69:88-97. [Access: 07/07/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3030>
33. Pompeu KC, Scarton J, Cremonese L, et al. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* 2017;7:e1142. [Access: 25/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142>
34. Queiroz JHM, Carvalho MS, Cerdeira DQ, Barreto KL. Perfil clínico e sociodemográfico de laceração perineal durante os partos normais em um hospital e maternidade do interior do Ceará. *Rev. Expr. Catól. Saúde.* 2020; 5(1). [Acesso: 05/08/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v5i1.3753>
35. Piler AA, Wall ML, Aldrighi JD, Benedet DC, Silva LR, Szpin CC. Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de Enfermagem no processo de parturição. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1254. [Acesso: 23/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190102>
36. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Filha MMT, Schilithz AOC, Leal MC. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health.* 2016, 13(Suppl 1):123. [Access: 01/12/2021]. DOI: 10.1186/s12978-016-0236-7

37. Fonte DO, Montefusco SRA. A importância da presença do acompanhante junto a parturiente e seu bebê. Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago - RESAP. 2017;3(2):127-136. [Acesso 02/11/2021]; Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/51>
38. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohidin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, Musana O, Wanyonyi SZ et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. The Lancet. 2018;392(10155):1358-1368. [Access: 01/12/2021]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
39. Palharini LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre violência obstétrica no Brasil. Cadernos pagu. 2017. 49:e174907. [Acesso: 26/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>
40. Loyola EV. Atención del parto centrada en el paciente. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1):51-55. [Acceso: 26/11/2021]; DOI <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>
41. Diniz SG, Niy DY, Andrezza HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2016;20(56):253-259. [Acesso 26/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>
42. Oliveira TC, Silva JMO, Nagliate PC, Veríssimo RCS, Sales MLH, Lucena TS. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco. Enferm. Foco. 2020;11(5):179-186. [Acesso 06/12/2021]; Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3200/1042>

## **PRODUTO 2 - VÍDEO**

### **OBJETIVO**

Este trabalho tem como objetivo apresentar a criação de um objeto de aprendizagem no formato vídeo, direcionado a profissionais de saúde, evidenciando as contribuições das boas práticas no parto e nascimento para a diminuição da ocorrência de eventos adversos.

### **METODOLOGIA**

A produção do vídeo, produto deste trabalho, privilegiou três etapas para a produção audiovisual: “pré-produção” (1ª etapa – fase do planejamento), “produção” (2ª etapa – fase da execução), “pós-produção” (3ª etapa – fase do acabamento). Na prática, os itens que compõem cada etapa podem sobrepor-se e ser realizados simultaneamente.

A etapa da “pré-produção” foi composta pelas seguintes tarefas: escolher o tema, identificar o público-alvo, objetivo do vídeo, elementos da equipe, formato de gravação, duração e elaboração do roteiro.

Passou-se a segunda fase, a “produção”, o momento de ação e execução das pesquisas e informações levantadas sobre os resultados, em direção à solução do problema ou da necessidade levantada. Neste segundo momento foram realizadas as gravações das cenas, ou seja, as atividades técnicas, criativas e operacionais.

Após a tomada das imagens ou gravações das cenas estabelecidas no roteiro, foi realizado o momento da “pós-produção”. Nesta etapa foram realizadas as ações conclusivas e de acabamento do vídeo, composta pelo processo de edição do vídeo, junção e cortes das cenas, e edição do áudio – (junção da trilha sonora e de elementos de locução e artes gráficas e elementos gráficos adequados às imagens para a finalização do vídeo), com uma mensagem de efeito ou impactante a fim de cativar o espectador e atingir o objetivo principal na resolução do problema ou da necessidade detectada.

Segue abaixo o roteiro do vídeo produzido:

## ROTEIRO DO VÍDEO

**Descrição:** vídeo assíncrono sobre o impacto das Boas Práticas nos eventos adversos na obstetrícia para profissionais de saúde.

**Tempo estimado:** 9 minutos

**Título do Vídeo:** Boas Práticas x Eventos Adversos no Parto e Nascimento

Tempo	Vídeo	Áudio
30s	Abertura: perguntas de impacto direcionada para os profissionais da saúde.	Narração com fundo musical impactante. É possível aplicar as boas práticas no parto e nascimento? Existe efetividade dos resultados da aplicabilidade boas práticas no parto para o desfecho materno e neonatal? As políticas públicas de saúde da mulher alcançam o cenário prático no Distrito Federal? As respostas aos questionamentos anteriores são: SIM, SIM, SIM
5s	Transição	Música de Fundo
30s	Apresentação em vinheta de 04 resultados 100% positivos do estudo.	Narração com fundo musical suave. Você sabia que o Distrito Federal temos modelos de atenção ao parto com: 0% de taxa de episiotomia 0% de manobras de Kristeller 0% puxos dirigidos 100% de respeito ao direito de escolha do acompanhante E como chegamos a estes resultados?
10s	Balão com título do trabalho	Narração do título: Foi realizado um estudo intitulado <b>EVENTOS ADVERSOS E A ASSOCIAÇÃO COM MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL</b>
30s	Balão com o título objetivos + imagem relacionada ao tema	Narração dos Objetivos do trabalho: Analisar a prevalência de eventos adversos e sua associação com três diferentes modelos de assistência obstétrica e neonatal de serviços de saúde públicos do Distrito Federal.
60 s	Apresentação de imagens relacionadas ao tema parto e nascimento.	Narração da metodologia: Foi realizado um estudo observacional, analítico, longitudinal de abordagem quantitativa, do tipo coorte prospectivo. Os sujeitos foram puérperas, somente de parto de risco habitual, que estiveram internadas no alojamento conjunto de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal, durante os meses de abril a agosto de 2019. Os locais de estudo foram três serviços de saúde públicos do Distrito Federal que atendem somente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram eles: SERVIÇO A - local de assistência secundária com atuação exclusiva de enfermeiras obstetras; SERVIÇO B - hospital de atenção terciária em que atuam enfermeiras obstetras de forma colaborativa com médicos na assistência ao parto e nascimento; e SERVIÇO 3 - hospital de atenção terciária com

		atuação exclusiva de médicos na assistência obstétrica/neonatal. A amostra total foi composta de 651 binômios participantes. As puérperas foram abordadas enquanto estavam internadas, no alojamento conjunto dos três locais de estudo simultaneamente para a realização da entrevista. Foram coletados também dados do prontuário da mãe e do recém-nascido, do cartão da gestante e da caderneta da criança. O segundo contato foi realizado, após o término do período classificado como puerpério – 42 dias após o parto, através de contato telefônico direto com as puérperas que participaram da primeira etapa, para coleta do desfecho, definido como a ocorrência ou não de algum evento adverso com ela e com o bebê desde o parto.
5 min	Apresentação dos resultados por meio de gráficos animados sobre os 3 serviços.	Narração da descrição dos resultados da aplicação das boas práticas. Narração: Análise da correlação entre eventos adversos e boas práticas no parto e nascimento. 12 gráficos.
30 s	Balão com o título: conclusão	Narração da conclusão: Pode-se concluir que a probabilidade média de apresentar algum evento adverso é de 5% quando observado o serviço A, 21% quando observado o serviço B e 24% quando observado o serviço C. Ao observar melhores indícios de aplicação das boas práticas pelas enfermeiras obstetras na assistência ao parto no serviço A, percebe-se uma correlação direta com a menor prevalência dos eventos adversos; dos partos assistidos neste cenário.
5s	Transição	Música de fundo impactante.
	Apresentação de 03 frases direcionados aos profissionais da saúde. Apresentação através de vinhetas.	Música de fundo impactante. Narração tom dramático: ESTUDAMOS 03 SERVIÇOS E A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS QUE NÃO DEPENDEM DE RECURSO MATERIAL, NÃO DEPENDEM DE AMBIENTAÇÃO, NEM RECURSOS FINANCEIROS. A PERGUNTA QUE FICA É... O QUE PRECISAMOS FAZER PARA UNIFICAR A NOSSA ASSISTÊNCIA? A RESPOSTA ESTÁ NA MUDANÇA DE ATITUDE PROFISSIONAL E APLICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E NASCIMENTO, POR CADA UM DE NÓS.
5s	Transição	Música relaxante
20 s		Imagem de um binômio após o nascimento, em vínculo.

## REFERÊNCIAS

Abdala LG, Cunha MLC. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. Clin Biomed Res. 2018;38(4):356-360. [Access: 21/11/2021]; DOI: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>

Amaro CIT, Dias H, Santos MJO, Nelas PAAB, Coutinho EC. Benefícios da verticalização do parto. INFAD Revista de Psicologia. 2021;1(1):489-502. Access: 21/11/2021]; DOI: Access: 21/11/2021]; Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/ijodaep/article/view/2130>

Carvalho SS, Silva CS. Revisão integrativa: promoção das boas práticas na atenção ao parto normal. Rev. Aten. Saúde. 2020;18(63):110-119 [Acesso: 13/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6290>

Fonte DO, Montefusco SRA. A importância da presença do acompanhante junto a parturiente e seu bebê. Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago - RESAP. 2017;3(2):127-136. [Acesso 02/11/2021]; Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/51>

Kämpf C, Dias RB. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2018;25(4):1155-1160. [Acesso 07/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>

Kuamoto RS, Bueno M, Riesco MLG. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido a termo no parto normal: estudo transversal. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 4). [Access: 05/12/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026 e20200026>

Medeiros AB, Freire ILS, Santos FR, Silva BCO, Batista GFM, Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. Revista Cuidarte. 2020;11(3):e1046. [Access: 25/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>

Neiva LECP, Barros AF, Imoto AM, Gottens LBD. Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. Vigil. sanit. Debate. 2019;7(4):54-60. [Acesso 19/11/2020]; DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01324>

Pompeu KC, Scarton J, Cremonese L, et al. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1142. [Access: 25/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142>

Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. Epidemiol. Serv. Saude. 2021. 30(1):e2020383. [Access: 21/11/2021]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>

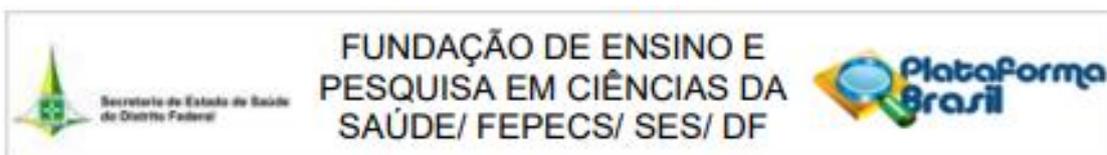
## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Importa ressaltar que a construção do trabalho ajudou a estruturar a análise de variáveis, alcançando resultados mais consistentes para mostrar aos profissionais de saúde que a aplicação das boas práticas tem efeito redutor na ocorrência de eventos adversos e sentinelas, dentro do cenário do parto e nascimento.

Os objetivos foram alcançados na medida em que se conseguiu analisar a prevalência de eventos adversos, com as práticas dos três modelos assistenciais de serviços estudados; e ainda, foi elaborado o vídeo para sensibilização dos profissionais de saúde para maior adesão às boas práticas de assistência obstétrica e redução de eventos adversos. Sendo a metodologia utilizada suficiente para o alcance destes objetivos.

É mister saber que, a bibliografia sobre a temática de avaliação de diferentes modelos de assistência para o parto e nascimento, ainda é restrita em nosso meio. A produção do artigo deste trabalho se apresenta, portanto, como uma contribuição a mais para a temática, visto que, poucos estudos analisaram a perspectiva da segurança do paciente no âmbito da assistência obstétrica em diferentes modelos, e o uso de práticas recomendadas.

## ANEXO 1 - PARECER DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL.

**Pesquisador:** KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO

**Área Temática:** Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):  
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

**Versão:** 3

**CAAE:** 06211118.6.0000.5553

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.654.486

#### Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, o cenário da atenção ao parto e nascimento vem sofrendo

inúmeras mudanças com perspectivas de melhora na assistência materna e neonatal<sup>1</sup>.

Entretanto, indicadores dessa área ainda demonstram que a taxa de mortalidade neonatal tem diminuído pouco e a mortalidade materna tem se mantido estável desde 1996, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos.<sup>2</sup>

Investimentos consideráveis nas condições de saúde materno-infantil compõem uma nova realidade sanitária brasileira. Para melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo

federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério<sup>3</sup>.

Estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira<sup>4</sup>. Porém, muitos estudos têm demonstrado que esse

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.654.486

conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória, em diversos lugares do Brasil<sup>5</sup>. Diante deste cenário, desde 2011 a Rede Cegonha vem sendo implantada, como forma de complementar o PHPN e na busca de construção de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal<sup>6</sup>.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO DA EMENDA:**

\*Pretende-se utilizar os resultados obtidos na presente pesquisa para subsidiar a elaboração de um vídeo para sensibilização dos profissionais de saúde para maior adesão às boas práticas de assistência à saúde. Para isso, será contratado serviço de vídeo maker para construção da mídia. Nesse vídeo não terá imagem ou voz de participantes da pesquisa ou de outras pessoas alheias ao projeto. O objetivo geral da pesquisa continua o mesmo e acrescentar esse objetivo específico tornará viável proporcionar algum aprimoramento e capacitação para os profissionais de saúde da área. Esse vídeo será um dos produtos da dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS.

Foi também solicitado prorrogação do prazo da pesquisa até maio a julho de 2020 para elaboração do vídeo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\*Riscos:

É importante ressaltar a existência de riscos de constrangimento e desconforto, por falar e relembrar situações desagradáveis, e divulgação de dados sigilosos.

Benefícios:

O presente estudo trará como benefícios o conhecimento sobre os aspectos da assistência obstétrica e neonatal em serviços públicos relevantes para o Distrito Federal, permitindo analisar quais aspectos se apresentam em conformidade ou não com os parâmetros estabelecidos pelas

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.654.488

diretrizes da Rede Cegonha, a partir da perspectiva e vivência da parturiente, e quais aspectos precisam de melhorias, aprimoramento e capacitação dos profissionais.\*

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Será realizado um estudo observacional, analítico, longitudinal de abordagem quantitativa, do tipo coorte prospectivo. Os sujeitos serão puérperas internadas no alojamento conjunto, de três serviços de saúde públicos do Distrito Federal.

Os locais de estudo serão a Casa de Parto de São Sebastião, o Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e Hospital Regional de Taguatinga (HRT); por apresentarem distinções estruturais, organizacionais e no perfil de clientela atendida.

A amostra será composta por puérperas internadas no alojamento conjunto dos locais de estudo, por ocasião do parto, por um período de quatro meses. Para cálculo amostral, utilizou-se como base o número de partos registrados em 2018 nos locais de estudo. Estimou-se o seguinte quantitativo de partos de risco habitual: 888 no HRT, 1080 no HRC e 120 na Casa de Parto de São Sebastião. Considerando o erro amostral de 5%, o nível de confiança de 95%, e que o evento adverso ocorre em aproximadamente em 50% dos partos, conforme informações dos próprios serviços, estimou-se a amostra de 270 participantes no HRT, 284 no HRC e 92 na Casa de Parto de São Sebastião.

Serão incluídas puérperas de parto vaginal ou em trabalho de parto com desfecho cirúrgico que sejam classificadas como gestação de risco habitual. Serão excluídas as puérperas cuja gestação foi de alto risco e mulheres menores de 18 anos.

A coleta de dados será realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por um período de quatro meses. As puérperas serão abordadas enquanto estiverem internadas, no alojamento conjunto dos três locais de estudo simultaneamente. Serão coletados também dados do prontuário da mãe e do recém-nascido, do cartão da gestante e da caderneta da criança.

A primeira abordagem será a coleta de dados guiada por um instrumento de coleta de dados, composto por dados sócio-demográficos, aspectos do acesso ao serviço de saúde, características da assistência pré-natal e da assistência obstétrica e neonatal durante o parto e pós-parto (Apêndice A). A segunda abordagem será realizada, após o término do período classificado como puerpério – 42 dias após o parto, através de contato telefônico direto com as pacientes que participaram da primeira etapa, para coleta do desfecho, definido como a ocorrência

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.654.486

ou não de alguma intercorrência com ela e com o bebê desde o parto.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado do CEP/FEPECS/SES/DF de 07/02/2019,

PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_3135837.pdf e  
PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_3218057.pdf

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda Aprovada.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1444342_E1.pdf	29/09/2019 13:35:58		Aceito
Cronograma	cronograma_novo.pdf	29/09/2019 13:23:44	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	emenda_objetivo_especifico.pdf	29/09/2019 13:19:43	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Emenda_do_cronograma.pdf	29/09/2019 13:16:53	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	carta2.pdf	15/02/2019 00:24:33	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto2.pdf	15/02/2019 00:18:13	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Ana.pdf	08/01/2019 23:06:59	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Paula.pdf	08/01/2019 23:06:19	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Rodrigo.pdf	08/01/2019 23:05:44	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Matheus.pdf	08/01/2019 23:05:02	KELLY DA SILVA CAVALCANTE	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.654.486

Outros	Matheus.pdf	08/01/2019 23:05:02	RIBEIRO	Aceito
Outros	Adriana.pdf	08/01/2019 23:04:22	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Kelly.pdf	08/01/2019 23:03:23	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	Angela.pdf	08/01/2019 23:02:42	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	27/12/2018 01:34:45	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	27/12/2018 01:30:00	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/12/2018 01:27:48	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ta.pdf	27/12/2018 01:27:24	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	compromisso.pdf	27/12/2018 00:56:31	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	carta.pdf	27/12/2018 00:54:23	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Outros	curriculum.pdf	27/12/2018 00:48:05	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	27/12/2018 00:36:47	KELLY DA SILVA CAVALCANTE RIBEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.654.486

BRASILIA, 22 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Laiza Magalhães de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## **ANEXO 2 – TCLE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto “Assistência obstétrica e neonatal em serviços de saúde públicos do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro.

O nosso objetivo é avaliar como ocorreu o atendimento a você e seu bebê durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de uma entrevista com preenchimento de um questionário que será realizada enquanto você estiver internada na maternidade do hospital aonde você teve seu filho (a). Essa entrevista será realizada em aproximadamente 20 minutos. Após 42 dias do seu parto, realizaremos contato telefônico com você para saber se ocorreu algum problema com você e/ou com seu bebê desde o parto.

Pedimos também sua autorização para coletarmos dados do cartão da gestante, caderneta da criança, do seu prontuário e do seu bebê.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento e desconforto, por falar e lembrar situações desagradáveis, e divulgação de dados sigilosos. Para reduzir esses riscos você tem liberdade para não responder questões constrangedoras ou desconfortáveis. Além disso asseguramos a confidencialidade, integridade dos documentos e total sigilo das informações.

Se você aceitar participar, contribuirá para identificar se os aspectos da assistência obstétricas e neonatal prestados a você e seu bebê foram adequados e o que precisa melhorar.

A Senhora pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e na Escola Superior de Ciências da Saúde podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro, na Casa de Parto de São Sebastião, no telefone 3335 6507 ou 985408398, no horário das 08:00 às 18:00 h, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou ainda, entre em contato através do e-mail: [kellycavalcante@yahoo.com.br](mailto:kellycavalcante@yahoo.com.br).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017-2127 ou e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhora.

---

Nome / assinatura

---

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro - Pesquisadora Responsável

Brasília, de de .

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: \_\_\_\_\_ Telefones \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Cor da pele autodeclarada: Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Grau de Instrução: Sem escolaridade ( ) Fundamental I (1ª a 4ª série) ( ) Fundamental II (5ª a 8ª série) ( )  
Médio (antigo 2º grau) ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Série: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Casada ou União Estável ( ) Viúva ( ) Solteira, divorciada ou separada ( )  
Renda familiar média R\$: \_\_\_\_\_ Local de residência (Bairro/cidade/UF): \_\_\_\_\_  
No pré-natal, você recebeu informações sobre amamentação: ( ) Sim ( ) Não  
No pré-natal, você recebeu informações sobre medidas de proteção durante a assistência obstétrica e neonatal (Lei n. 6144, 07 de junho de 2018)? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
Durante sua internação hospitalar, te trataram de forma agressiva, grosseira ou de qualquer outra forma que te fez se sentir mal? ( ) Sim ( ) Não  
Fizeram piadas sarcásticas por algum comportamento que você teve? ( ) Sim ( ) Não  
Te impediram de ser acompanhada por pessoa de sua preferência? ( ) Sim ( ) Não  
Perguntaram seu consentimento antes de realizar algum procedimento? ( ) Sim ( ) Não  
Recusaram atendimento de parto (internação)? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, te transferiram para outra unidade de saúde, sem a confirmação da vaga disponível?  
( ) Sim ( ) Não  
Foi admitida imediatamente, ao atingir o trabalho de parto fase ativa (4 cm de dilatação e 2 contrações em 10 minutos), no serviço de obstetria referência para sua região? ( ) Sim ( ) Não  
Se não, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_ Posição do Parto: \_\_\_\_\_ Liberdade para deambulação? ( ) Sim ( ) Não Dieta: ( ) Sim ( ) Não Apenas água ( )  
Presença de acompanhante de livre escolha? ( ) Sim ( ) Não  
Presença de doula: ( ) Sim ( ) Não Não desejou ter doula ( ) Desconhece o papel da doula ( )  
Disponibilizado banho de aspersão durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não Cavalinho: ( ) Sim ( ) Não  
Recebeu massagem durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não  
Disponibilizado uso da bola de Bobath? ( ) Sim ( ) Não Disponibilizado banheira de parto? ( ) Sim ( ) Não  
Uso da meia luz durante o nascimento? ( ) Sim ( ) Não Uso de musicoterapia? ( ) Sim ( ) Não  
Uso de enema: ( ) Sim ( ) Não Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
Uso acesso venoso contínuo durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não  
Monitorização eletrônica fetal por período superior a 20 minutos? ( ) Sim ( ) Não  
Realização de toque vaginal além do recomendado (1 por hora)? ( ) Sim ( ) Não Não sabe informar ( )  
Uso da manobra de Kristeller? ( ) Sim ( ) Não Incentivo a puxos dirigidos? ( ) Sim ( ) Não  
Houve contato pele a pele durante toda a primeira hora de vida? ( ) Sim ( ) Não  
Amamentação na primeira hora de vida? ( ) Sim ( ) Não Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não  
Patologias Pgressas? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
Patologias nesta gestação? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
Antecedentes familiares: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial ( ) Gemelar Outro: \_\_\_\_\_  
Suplementação de sulfato ferroso? ( ) Sim ( ) Não Suplementação de ácido fólico? ( ) Sim ( ) Não  
Foi ofertado a você (paciente) a possibilidade de visita vinculada a maternidade, referência para seu parto, durante o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Se sim, você realizou a visita? ( ) Sim ( ) Não  
Qual o meio de transporte utilizado para o deslocamento até o local de parto?  
Veículo próprio ( ) Transporte coletivo ( ) Carona ( ) A pé ( ) SAMU ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Uso de álcool na gestação? ( ) Sim ( ) Não Fuma (cigarros)? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos cigarros ao dia? \_\_\_\_\_  
Uso de outras drogas? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
Violência Doméstica? ( ) Sim ( ) Não Anemia ( ) Sim ( ) Não Infecção urinária ( ) Sim ( ) Não

Incompetência Istmo cervical: ( ) Sim ( ) Não **Ameaça de Parto Prematuro** ( ) Sim ( ) Não  
Rompimento da Bolsa antes de entrar em trabalho de parto ( ) Sim ( ) Não  
Gestação superior a 40 semanas ( ) Sim ( ) Não

Observação: \_\_\_\_\_

#### DADOS A SEREM COLHIDOS DO CARTÃO DA GESTANTE

Local de realização do pré-natal: ( ) UBS ou ESF ( ) Hospital Público ( ) Particular Outro:  
Local de assistência ao Parto: ( ) HRC ( ) HRT ( ) CPNSS **DUM desconhecida:** ( ) Sim ( ) Não  
**DUM:** \_\_\_\_\_ **DPP por DUM:** \_\_\_\_\_ **DPP por ECO:** \_\_\_\_\_  
G\_\_P\_\_C\_\_A\_\_ N° consultas de Pré-natal: \_\_\_\_\_  
Iniciou o Pré-Natal com que idade gestacional? \_\_\_\_\_ N° de ecografias na gestação: \_\_\_\_\_  
Algum natimorto (acima de 22 semanas): ( ) Sim ( ) Não  
Gestação ectópica? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantas? \_\_\_\_\_  
Final da gestação anterior há mais de 1 ano? ( ) Sim ( ) Não ( ) Esta é a primeira gestação.  
Algum bebê com menos de 2500 gramas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Esta é a primeira gestação.  
Algum bebê com mais de 4500 gramas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Esta é a primeira gestação.

#### Antecedentes clínicos obstétricos - DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

**Tipagem sanguínea:** \_\_\_\_\_ **Vacina antitetânica:** ( ) Sem informação de imunização ( ) Imunizada há menos de 5 anos ( ) Imunizada há mais de 5 anos ( ) Sem informação.  
**Vacina contra Hepatite B:** ( ) Imunizada ( ) 1 dose ( ) 2 doses ( ) Sem informação.  
**Vacina contra Infuenza Sazonal - dose anual:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação.  
**Dtpa - dose anual:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Sem informação.

#### DADOS A SEREM COLHIDOS DO CARTÃO DO RN

SES RN: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Hora de nascimento: \_\_\_\_\_  
Apgar no 1° minuto de vida: \_\_\_\_\_ 5° minuto de vida: \_\_\_\_\_ Peso do RN (gramas): \_\_\_\_\_  
Estatura do RN (centímetros): \_\_\_\_\_ Perímetro cefálico do RN (centímetros): \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Tipagem sanguínea do RN: \_\_\_\_\_  
Profissional que assistiu ao RN: ( ) Pediatra ( ) Enfermeiro Outro: \_\_\_\_\_  
Administração de Hepatite B ao nascer: ( ) Sim ( ) Não