

Avaliação da adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto* em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil

Assessment of adherence to the *Safe Childbirth Checklist* in a public maternity hospital in Northeast Brazil

Evaluación de la adhesión a la *Lista de Verificación de Seguridad en el Parto* dentro de una maternidad pública en el nordeste de Brasil

Adriana de Oliveira Praxedes ¹
Luciana Arrais ¹
Maria Augusta Azevedo de Araújo ¹
Edna Marta Mendes da Silva ¹
Zenewton André da Silva Gama ¹
Marise Reis de Freitas ¹

doi: 10.1590/0102-311X00034516

Resumo

A diminuição da mortalidade relacionada ao nascimento é hoje uma prioridade de saúde global. A Lista de Verificação de Segurança no Parto foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para reduzir eventos adversos evitáveis na assistência materna e perinatal, utilizando práticas simples e efetivas. Este estudo objetiva avaliar a adesão dos profissionais a esse instrumento em uma maternidade em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. É uma abordagem observacional e transversal que avalia todos os partos realizados durante três meses, com dados coletados dos prontuários. A adesão foi descrita baseada na presença e na qualidade do preenchimento da lista de verificação, e foi feita uma análise bivariada com a associação de fatores relacionados ao parto. De 978 prontuários revisados, 71% possuíam a lista, preencheram-se em média 24% dos itens, mas apenas 0,1% dos prontuários foi totalmente preenchido, ocorrendo melhor preenchimento nos partos vaginais e no momento da admissão da paciente. Constatou-se que a adesão à lista apresentou limitações inerentes à adoção de uma nova rotina de segurança e requer contínuo treinamento dos profissionais para melhores resultados.

Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Serviços de Saúde Materno-Infantil

Correspondência

M. R. Freitas
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Rua Cônego Monte 110, Natal, RN 59037-170, Brasil.
mariserf@gmail.com

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.



Introdução

Considerando que as intervenções médicas estão acompanhadas de risco, faz-se necessário adotar condutas com risco-benefício favorável que garantem a melhoria da segurança nos serviços de saúde ¹. No âmbito do Programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de diminuir esses riscos, foi estimulado o uso de listas de verificação de segurança focadas inicialmente na cirurgia segura ². A aplicação dessas listas de verificação foi capaz de reduzir complicações e mortalidade decorrentes do ato cirúrgico ³. Esse processo compreende realizar adaptações e reestruturações ⁴ para que tais listas sejam adequadas em função das diferentes instituições e especialidades que fazem seu uso ⁵. Tal fato é essencial a fim de que a implantação da lista de verificação supere as diversas barreiras encontradas, como os fatores organizacionais e culturais específicos de cada instituição de saúde ⁴.

Baseado nesses antecedentes, o Programa de Segurança no Parto da OMS desenvolveu uma lista de verificação para apoiar a prestação de cuidados essenciais às práticas maternas e perinatais por profissionais de saúde que atendem a partos institucionais ⁶. A elaboração desse instrumento foi estimulada especialmente pela existência de dados que indicam que entre os 130 milhões de partos ocorridos a cada ano, cerca de 303 mil resultam em morte materna, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões em morte neonatal ⁷. Apesar da redução de 45% das mortes maternas em todo o mundo desde 1990, 800 mulheres ainda morrem a cada dia por causas preveníveis antes, durante ou depois do momento do parto, e 99% dessas mortes maternas preveníveis ocorrem em países de baixa e média renda ⁸.

A maioria dessas mortes ocorre em locais com escassez de recursos e sem assistência qualificada e poderiam ser evitadas ⁷. Países como o Chile apresentaram redução acentuada desses indicadores por readequação dos serviços de saúde voltados para a sua prevenção ⁹. A *Lista de Verificação de Segurança no Parto* foi testada em dez países da África e da Ásia, e contém 29 itens ^{10,11}, que estão relacionados às principais causas de mortes maternas (hemorragia, infecção, trabalho de parto obstruído e distúrbios hipertensivos) ¹⁰, natimortos relacionados ao intraparto (cuidados intraparto inadequados) e mortes neonatais (asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade) em países de baixa renda ^{10,12}.

Apesar de poucos estudos já publicados em relação à implantação da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*, um grande estudo randomizado na Índia evidenciou que o uso desse instrumento é capaz de, quando implementado de forma eficaz, contribuir para a melhora da qualidade da assistência à saúde materna e neonatal uma vez que determina um aumento na realização de práticas obstétricas essenciais ^{4,10}. A baixa qualidade do cuidado em partos institucionais é reconhecida como o maior fator de risco para desfechos negativos relacionados ao parto ¹³. Estudos indicam que falhas na assistência ao parto provavelmente se relacionem ao manejo das parturientes com hipertensão ou quadros hemorrágicos graves ⁹. Porém, práticas simples e efetivas relacionadas à segurança do nascimento são comumente negligenciadas, porque a maioria dos eventos adversos é classificada como eventos evitáveis ^{9,14}.

A diminuição da mortalidade relacionada ao nascimento vem sendo uma prioridade na saúde global: esteve entre os oito *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), finalizados em 2015, e está entre os *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), também visando à redução do número de mortes maternas evitáveis, até 2030 ¹⁵. Entre os objetivos selecionados, tem-se a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o que significa uma redução de pelo menos dois terços da RMM global atual ¹⁶. Esse alvo aplica-se em nível mundial, mas não necessariamente para os países individualmente, cujas metas variam de acordo com a sua RMM basal atual ¹⁷. No Brasil, a RMM estimada é de 64,8 mortes por 100 mil nascidos vivos no ano de 2011 (Departamento de Informática do SUS. Indicadores de mortalidade. C.3 razão de mortalidade materna. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>, acessado em 05/Out/2015) e, embora tenha havido uma tendência à queda no período de 1990-2011, a RMM se mantém elevada, sendo de 3-4 vezes maior à estimativa encontrada nos países desenvolvidos no início da década de 2010 ¹⁸. Por outro lado, a taxa de mortalidade neonatal no Brasil atingiu um índice de 10,6 mortes a cada mil nascidos vivos no período de 2000 a 2011 (Departamento de Informática do SUS. Indicadores de mortalidade. C.1.4 taxa de mortalidade neonatal. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>, acessado em 04/Ago/2014).

Compatível à realidade nacional, o Rio Grande do Norte tem carência e dificuldades para implementação efetiva de políticas públicas para tornar o parto um acontecimento seguro. Em 2009, ocorreram 33 óbitos maternos no Rio Grande do Norte. Desses, 90,91% foram por causas consideradas evitáveis, o que demanda assistência à saúde da mulher nas ações adequadas de prevenção, controle e atenção à saúde feminina¹⁹. Ferramentas para diminuição da mortalidade materna devem ser analisadas e adotadas que objetivem melhoria dos indicadores e garantia de parto de qualidade no Rio Grande do Norte¹⁹ bem como em todo território nacional⁹.

A maternidade escola da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) aplica a *Lista de Verificação de Segurança para Cirurgias Ginecológicas* desde 2011, e a ampliação para partos vaginais e cesáreas faz parte de iniciativas para desenvolver uma cultura de segurança do paciente nos hospitais universitários, em estreita parceria com os núcleos de segurança do paciente das instituições. Reconhecendo que a identificação das dificuldades e as barreiras locais são fundamentais para garantir uma estratégia de implantação bem-sucedida e consequentemente trazer os benefícios do uso da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*⁴, este estudo teve como objetivo avaliar a adesão dos profissionais da maternidade escola à referida lista.

Metodologia

O estudo caracterizou-se por uma abordagem observacional e transversal, realizado na maternidade escola da UFRN, localizada em Natal, Rio Grande do Norte, no segundo semestre de 2014. Essa instituição é certificada como hospital de ensino, sendo a única maternidade, no estado, referência terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) para a saúde da mulher, sendo referência para alto risco gestacional, além da realização de cirurgias ginecológicas eletivas. Possui 93 leitos, incluindo dez leitos de médio risco, 11 leitos de mãe acompanhante, 32 leitos de obstetrícia, 22 de enfermagem para gestação de alto risco e 18 leitos de unidade canguru, com uma média de 336 partos mensais no período do estudo, dos quais 59% foram cesáreas. Atualmente, funciona em superlotação, apresentando deficiências tanto estruturais quanto de recursos humanos.

Adaptação do modelo da OMS e implantação

Com base no modelo da *Lista de Verificação de Segurança no Parto* preconizado pela OMS, os autores deste estudo, em reunião com representantes das equipes de obstetrícia, neonatologia e enfermagem da maternidade discutiram as alterações necessárias à adaptação aos protocolos utilizados na instituição. Esse processo precedeu a implantação da lista e teve duração de três meses.

O documento final é único e contém oito itens adicionais, totalizando 37 itens essenciais à assistência materno-infantil nos serviços de saúde – sendo dez itens no momento da admissão, seis itens no momento pré-parto, nove itens no momento puerpério com uma hora pós-parto e 12 itens no momento antes da alta. Comparando-se à lista de verificação adaptada pelo presente estudo com a lista oficial da OMS, observam-se os acréscimos dos itens: “A mãe foi identificada de acordo com os dados do prontuário?” (item 2); “Foi solicitado o VDRL?” (item 6); “O tipo sanguíneo da mãe é conhecido?” (item 7); “A mãe recebeu medidas não farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto” (item 14); “Funções eliminatórias do bebê preservadas?” (item 31); “Cartão pré-natal da mãe preenchido?” (item 34); “Cartão pré-natal do bebê preenchido?” (item 35); e “Cartão de puerpério preenchido?” (item 36). Por outro lado, já que a maternidade é classificada como um serviço do SUS de alta complexidade, responsável pela assistência aos partos de risco, a pergunta “A mãe precisa ser encaminhada?”, da lista de verificação oficial, foi substituída por “A mãe veio encaminhada de outro serviço?”. Os 37 itens da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*, adaptada do modelo da OMS, estão representados na Tabela 1.

A *Lista de Verificação de Segurança no Parto* da OMS (2008) foi adotada como documento oficial pela maternidade, incorporando-se ao prontuário de todas as pacientes admitidas para parto. Os locais de preenchimento foram o Serviço de Recepção (SR), Unidade de Parto Humanizado (UPH), centro cirúrgico obstétrico e alojamentos, enquanto os responsáveis por seu preenchimento foram médicos, residentes, enfermeiros ou estudantes da universidade sob supervisão. Cada uma das etapas da lista

Tabela 1Itens da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*.

Momentos	Itens
Admissão: momento 1	
A mãe veio encaminhada de outro serviço?	Item 1
A mãe foi identificada de acordo com os dados do prontuário?	Item 2
A mãe precisa iniciar antibiótico?	Item 3
A mãe precisa iniciar sulfato de magnésio?	Item 4
A mãe precisa iniciar terapia antirretroviral?	Item 5
Foi solicitado o VDRL?	Item 6
O tipo sanguíneo da mãe é conhecido?	Item 7
Há disponibilidade de material para lavar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal?	Item 8
Foi estimulada a presença do acompanhante durante o parto?	Item 9
O acompanhante foi orientado a pedir ajuda durante o trabalho de parto se a mãe tem algum sinal de perigo?	Item 10
Pré-parto: momento 2	
Partograma iniciado?	Item 11
Os suportes essenciais estão ao lado do bebê? <input type="checkbox"/> Campo estéril <input type="checkbox"/> Bisturi <input type="checkbox"/> Aspirador <input type="checkbox"/> Máscara de ventilação <input type="checkbox"/> Berço aquecido	Item 12
Assistente identificado e informado para estar pronto para dar assistência ao parto se necessário?	Item 13
A mãe recebeu medidas não farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto?	Item 14
A mãe precisou iniciar antibiótico em algum momento?	Item 15
A mãe precisou iniciar sulfato de magnésio em algum momento?	Item 16
Puerpério (até 1h após o parto): momento 3	
A mãe está sangrando muito?	Item 17
A mãe precisa iniciar sulfato de magnésio?	Item 18
O bebê precisa de encaminhamento?	Item 19
O bebê precisa iniciar antibiótico?	Item 20
O bebê precisa de cuidado especial e monitoramento?	Item 21
O bebê precisa iniciar terapia antirretroviral?	Item 22
Iniciada amamentação? (se mãe e bebê estão bem)	Item 23
Iniciado contato pele-a-pele? (se mãe e bebê estão bem)	Item 24
Confirmado que mãe/acompanhante chamarão por ajuda se houver necessidade pela mãe ou bebê	Item 25
Antes da alta: momento 4	
O sangramento da mãe está controlado?	Item 26
A mãe precisa iniciar antibiótico?	Item 27
O bebê precisa iniciar antibiótico?	Item 28
O bebê necessita de fototerapia?	Item 29
O bebê está mamando bem?	Item 30
Funções eliminatórias do bebê preservadas?	Item 31
Opções de planejamento familiar discutidas e oferecidas à mãe?	Item 32
Confirmado que mãe/acompanhante vai pedir ajuda após a alta se: sangramento, dor abdominal severa, cefaleia severa, distúrbios visuais, respiração dificultada, febre/calafrios, ou dificuldade de esvaziar bexiga.	Item 33
Cartão pré-natal da mãe preenchido?	Item 34
Cartão pré-natal do bebê preenchido?	Item 35
Cartão de puerpério preenchido?	Item 36
Seguimento organizado para mãe e bebê?	Item 37

pôde ser preenchida por qualquer um desses profissionais. Durante toda a implantação – logo, no período em que se realiza o presente estudo –, reuniões periódicas de sensibilização foram realizadas com o objetivo de reforçar a importância da aplicação do documento, responder às dúvidas de preenchimento, registrar e transpor críticas e obstáculos encontrados ao longo desse processo. Tais encon-

tros contaram com a coordenação dos autores deste estudo com a colaboração de representantes da diretoria clínica e membros do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, além dos profissionais envolvidos no preenchimento da lista.

A população alvo do estudo englobou todos os partos realizados na Maternidade Escola Januário Cicco durante a aplicação da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*, no período de julho a setembro de 2014, incluindo partos vaginais e cesáreas. Como critério de inclusão, o estudo utilizou “ter realizado todas as fases do parto na maternidade”. O critério de exclusão utilizado foi “tratar-se de emergência obstétrica”.

As variáveis dependentes analisadas que revelaram a adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto* foram: presença da lista de verificação no prontuário; preenchimento completo da lista de verificação (todos os itens); preenchimento completo de cada momento: admissão (momento 1), pré-parto/parto (momento 2), puerpério imediato (momento 3) e antes da alta (momento 4); preenchimento de cada um dos itens; percentual de itens preenchidos por lista de verificação. As variáveis independentes avaliadas, por sua vez, foram aquelas referentes ao tipo de parto (vaginal ou cesárea), turno do parto (madrugada 00h-05h59min, manhã 06h-11h59min, tarde 12h-17h59min ou noite 18h-11h59min), mês do procedimento (julho, agosto ou setembro), duração da internação (em dias) e cargo do preenchedor (enfermeiro, médico residente ou médico plantonista).

As listas de verificação preenchidas e os dados sobre a idade da mãe e o tipo de parto foram acessados diretamente de seus prontuários, na maternidade. As informações foram coletadas, simultaneamente, por três avaliadoras estudantes de medicina previamente treinadas. Os dados sobre o total de partos realizados foram colhidos no sistema de informação da Maternidade Escola Januário Cicco, com anuência da direção do estabelecimento.

A análise dos dados partiu da interpretação das informações obtidas pelas porcentagens das variáveis dependentes: (1) presença da lista de verificação no prontuário; (2) preenchimento completo da lista de verificação; (3) preenchimento completo de cada momento; (4) preenchimento de cada um dos itens; (5) percentual de itens preenchidos por lista de verificação. Posteriormente, uma análise bivariada da possível associação das variáveis independentes com variáveis dependentes foi realizada. Para avaliar a significação estatística da diferença entre as porcentagens de conformidade em relação a cada variável independente, foi aplicado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As análises de dados foram realizadas pelo IBM SPSS para Windows (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN com anuência da diretoria clínica da Maternidade Escola Januário Cicco e aprovado com registro protocolar de nº 293.490/2014.

Resultados

A amostra inicial foi composta por 1.024 partos ocorridos nos meses de julho, agosto e setembro de 2014. Excluíram-se 46 partos da amostra por se tratarem de emergências obstétricas. Dos 978 partos analisados na amostra final, 401 foram vaginais e 577 cesáreas, 356 ocorreram em julho, 352 em agosto e 300 em setembro. A faixa etária das parturientes mais prevalente foi entre 17-35 anos (82,9%), e a maior parte das pacientes permaneceu internada por um período de 3-5 dias (46,7%). Os dados relacionados aos partos ocorridos no período de julho a setembro de 2014 estão apresentados na Tabela 2.

Identificou-se a presença da *Lista de Verificação em Segurança no Parto* em 71,3% dos prontuários (IC95%: 68,5; 74,1). A porcentagem média de itens preenchidos em cada lista foi de 24,1%, no entanto somente estavam completamente preenchidas 0,1% dessas listas (IC95%: 0,1; 0,3). Os dados coletados referentes à conformidade dos indicadores de adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto* estão representados na Tabela 3.

O preenchimento completo de cada momento do parto foi: 52,9% no primeiro momento (IC95%: 49,8; 56,0), 11,6% no segundo momento (IC95%: 9,6; 13,6), 8,5% no terceiro momento (IC95%: 6,8; 10,2) e 2,4% no quarto momento (IC95%: 1,4; 3,4%). Dessa forma, constatou-se um maior preenchimento na admissão (momento 1) e uma queda na taxa de preenchimento no decorrer da internação até a alta (Tabela 3).

Tabela 2

Dados relacionados aos partos ocorridos no período de julho a setembro de 2014.

Variáveis	n	%
Número de partos	978	100,0
Mês		
Julho	356	36,4
Agosto	352	32,9
Setembro	300	30,7
Idade da mãe (anos)		
< 16	70	7,2
17-35	811	82,9
> 36	97	9,9
Duração da internação (dias)		
≤ 2	263	26,8
3-5	458	46,7
≥ 6	257	26,2
Tipo de parto		
Vaginal	401	41,0
Cesárea	577	59,0
Episiotomia em partos vaginais		
Sim	136	33,9
Não	265	66,1

Verificou-se uma uniformidade das taxas de preenchimento dos itens dentro de um mesmo momento nos momentos 1, 2 e 3. No 4º momento, houve uma maior dispersão das porcentagens de preenchimento entre os itens. Esse momento também se destacou pela menor taxa de preenchimento completo e presença dos itens com taxas mais baixas de preenchimento de forma isolada (Tabela 3).

Na análise bivariada da associação entre as variáveis estudadas e a adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto* (Tabela 4), as variáveis significativamente associadas à presença da lista de verificação foram mês da internação ($p < 0,001$) e duração da internação ($p = 0,004$). As variáveis que se associaram significativamente à porcentagem de itens preenchidos (PIP) foram mês da internação ($p < 0,001$) e tipo de parto ($p < 0,001$). Em relação à média de itens preenchidos em cada momento, as variáveis associadas significativamente foram as seguintes: na admissão, associaram-se mês da internação ($p < 0,001$) e cargo do preenchedor ($p < 0,001$); no pré-parto/parto, associaram-se mês da internação ($p < 0,001$), tipo de parto ($p < 0,001$) e cargo do preenchedor ($p < 0,001$); no puerpério, houve associação com mês da internação ($p = 0,001$), idade da mãe ($p = 0,004$), tipo de parto ($p < 0,001$) e cargo do preenchedor ($p < 0,001$); no momento antes da alta, associaram-se mês da internação ($p = 0,020$), tipo de parto ($p < 0,001$) e cargo do preenchedor ($p < 0,001$). O cargo com maior percentual de preenchimento foi o cargo enfermeiro.

Discussão

Diante de condições desfavoráveis da atenção em saúde no Brasil²⁰, associada à escassez de métodos eficazes aplicados nos serviços para a melhoria da qualidade do cuidado¹⁰, faz-se necessário investir em estratégias como a implantação de listas de verificação, proposta pela OMS, o que já mostrou reduzir mortes e complicações nas áreas de medicina intensiva e cirurgia^{3,21}. O presente estudo trouxe informações sobre o processo de implantação e adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto* em maternidades, tema ainda pouco abordado na literatura científica. Por esse motivo, a detecção de fatores que influenciam no processo de implantação e a adesão a esta nova tecnologia são capazes

Tabela 3

Percentual de conformidade dos indicadores de adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto*: presença da lista no prontuário, preenchimento completo da lista, por momentos e porcentagem de itens preenchidos.

Indicadores da adesão	Frequência absoluta (n = 978)	%	IC95%
Presença da lista de verificação no prontuário	697	71,3	68,5; 74,1
Preenchimento completo	1	0,1	-0,1; 0,3
Porcentagem de itens preenchidos	8.715	24,1	-
Admissão: momento 1 completo	517	52,9	49,8; 56,0
Item 1 – A mãe veio encaminhada de outro serviço?	587	60,0	56,9; 63,1
Item 2 – A mãe foi identificada de acordo com os dados do prontuário?	588	60,1	57,0; 63,2
Item 3 – A mãe precisa iniciar antibiótico?	571	58,4	55,3; 61,5
Item 4 – A mãe precisa iniciar sulfato de magnésio?	573	58,6	55,5; 61,7
Item 5 – A mãe precisa iniciar terapia antirretroviral?	580	59,3	56,2; 62,4
Item 6 – Foi solicitado o VDRL?	578	59,2	56,1; 62,3
Item 7 – O tipo sanguíneo da mãe é conhecido?	579	59,2	56,1; 62,3
Item 8 – Há disponibilidade de material para lavar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal?	573	58,6	55,5; 61,7
Item 9 – Foi estimulada a presença do acompanhante durante o parto?	570	58,3	55,2; 61,4
Item 10 – O acompanhante foi orientado a pedir ajuda durante o trabalho de parto se a mãe tem algum sinal de perigo?	550	56,2	53,1; 59,3
Pré-parto: momento 2 completo	113	11,6	9,6; 13,6
Item 11 – Partograma iniciado?	135	13,8	11,6; 16,0
Item 12 – Os suportes essenciais estão ao lado do bebê?	124	12,7	10,6; 14,8
Item 13 – Assistente identificado e informado para estar pronto para dar assistência ao parto se necessário?	130	13,3	11,2; 15,4
Item 14 – A mãe recebeu medidas não farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto?	130	13,3	11,2; 15,4
Item 15 – A mãe precisou iniciar antibiótico em algum momento?	130	13,3	11,2; 15,4
Item 16 – A mãe precisou iniciar sulfato de magnésio em algum momento?	134	13,7	11,5; 15,9
Puerpério: momento 3 completo	83	8,5	6,8; 10,2
Item 17 – A mãe está sangrando muito?	145	14,8	12,6; 17,0
Item 18 – A mãe precisa iniciar sulfato de magnésio?	141	14,4	12,2; 16,6
Item 19 – O bebê precisa de encaminhamento?	114	11,7	9,7; 13,7
Item 20 – O bebê precisa iniciar antibiótico?	103	10,5	8,6; 12,4
Item 21 – O bebê precisa de cuidado especial e monitoramento?	101	10,3	8,4; 12,2
Item 22 – O bebê precisa iniciar terapia antirretroviral?	102	10,4	8,5; 12,3
Item 23 – Iniciada amamentação? (se mãe e bebê estão bem)	98	10,0	8,1; 11,9
Item 24 – Iniciado contato pele-a-pele?	104	10,6	8,7; 12,5
Item 25 – Confirmado que mãe/acompanhante chamarão por ajuda se houver necessidade pela mãe ou bebê	108	11,0	9,0; 13,0
Antes da alta: momento 4 completo	23	2,4	1,4; 3,4
Item 26 – O sangramento da mãe está controlado?	146	14,9	12,7; 17,1
Item 27 – A mãe precisa iniciar antibiótico?	145	14,8	12,6; 17,0
Item 28 – O bebê precisa iniciar antibiótico?	33	3,4	2,3; 4,5
Item 29 – O bebê necessita de fototerapia?	35	3,6	2,4; 4,8
Item 30 – O bebê está mamando bem?	58	5,9	4,4; 7,4
Item 31 – Funções eliminatórias do bebê preservadas?	34	3,5	2,3; 4,7
Item 32 – Opções de planejamento familiar discutidas e oferecidas à mãe?	135	13,8	11,6; 16,0
Item 33 – Confirmado que mãe/acompanhante vai pedir ajuda após a alta se: sangramento, dor abdominal severa, cefaleia severa, distúrbios visuais, respiração dificultada, febre/calafrios, ou dificuldade de esvaziar bexiga.	135	13,8	11,6; 16,0
Item 34 – Cartão pré-natal da mãe preenchido?	143	14,6	12,4; 16,8
Item 35 – Cartão pré-natal do bebê preenchido?	31	3,2	2,1; 4,3
Item 36 – Cartão de puerpério preenchido?	135	13,8	11,6; 16,0
Item 37 – Seguimento organizado para mãe e bebê?	108	11,0	9,0; 13,0

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 4Análise bivariada da associação entre as variáveis estudadas e a adesão à *Lista de Verificação de Segurança no Parto*.

Variáveis	Presença da lista no prontuário (%)	Porcentagem de itens preenchidos	Média itens admissão	Média de itens pré-parto	Média de itens puerpério	Média de itens de alta
Mês	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,020
Julho	63,8	21,1	4,8	0,9	0,9	1,2
Agosto	73,3	27,7	6,3	1,0	1,5	1,5
Setembro	78,0	23,8	6,8	0,4	0,8	0,8
Idade da mãe (anos)	p = 0,060	p = 0,050	p = 0,180	p = 0,300	p = 0,004	p = 0,300
< 16	62,9	18,0	5,0	0,6	0,3	0,7
17-35	71,0	24,5	5,9	0,8	1,1	1,2
> 36	79,4	25,0	6,4	0,6	0,9	1,4
Duração da internação (dias)	p = 0,004	p = 0,080	p = 0,030	p = 0,240	p = 0,340	p = 0,190
≤ 2	74,0	24,2	5,9	1,0	1,2	0,9
3-5	74,0	25,4	6,3	0,8	1,0	1,3
≥ 6	63,0	21,6	5,3	0,7	0,9	1,1
Turno do parto	-	-	p = 0,450	p = 0,140	p = 0,350	p = 0,480
Madrugada	-	-	6,3	0,9	1,1	1,7
Manhã	-	-	6,1	1	1,2	1,0
Tarde	-	-	5,6	0,8	1,1	1,3
Noite	-	-	5,9	0,6	0,8	1,1
Tipo de parto	p = 0,450	p < 0,001	p = 0,210	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Normal	72,6	29,4	5,7	1,6	1,8	1,7
Cesárea	70,4	20,4	6,0	0,2	0,5	0,8
Episiotomia	p = 0,040	p = 0,380	p = 0,740	p = 0,060	p = 0,001	p = 0,380
Não	74,0	30,3	5,8	1,7	2,0	1,8
Sim	69,0	27,3	5,7	1,5	1,4	1,6
Cargo do preenchedor	-	-	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Médico residente	-	-	9,8	5,7	5,3	6,9
Médico plantonista	-	-	9,7	5,6	7,0	8,3
Enfermeiro	-	-	5,9	5,9	8,8	11,6

de contribuir para o planejamento de estratégias que garantam o sucesso da aplicação da ferramenta inovadora e ainda pouco aplicada nas maternidades em geral. São necessários engajamento e compromisso da liderança, com foco na apresentação da lista de verificação aos seus usuários, inserção da compreensão de que existem lacunas na qualidade e abordagem das causas evitáveis de dano, apoiados por um treinamento que garanta o uso contínuo e sustentável da lista ¹¹, com monitoramento das intervenções e das mudanças de práticas. Como propõe a OMS, o objetivo é criar uma rede de colaboradores para a elaboração de um modelo de implantação, guia e apoio para todos os países e serviços ²². Além disso, os resultados obtidos possibilitaram conhecer problemas e fatores relacionados à utilização efetiva da lista de verificação. Isso se torna importante dado que a constatação da presença de barreiras faz parte do projeto e precisa ser identificada, pois está prevista a necessidade de alterações das logísticas dos programas de implantação com variações de centro para centro ²².

A análise das porcentagens das variáveis dependentes possibilitou a identificação de informações e relações entre as variáveis e a adesão nos diferentes momentos da internação. Apesar da maior quantidade de procedimentos cesarianos realizados no período, o percentual de preenchimento dos itens é superior nos partos vaginais, bem como a média de itens preenchidos em todos os momentos exceto o primeiro, pois ele corresponde à admissão da paciente no hospital, que, na Maternidade Escola Januário Cicco, é realizada no mesmo setor e pela mesma equipe independentemente do tipo

de parto. Tais achados indicam menor utilização da lista de verificação no centro cirúrgico, fato que poderia ser explicado pelo ambiente de trabalho mais estressante e a maior quantidade de formulários e burocracias inerentes ao local. Outro dado encontrado é que no momento antes da alta há uma discrepância das porcentagens de preenchimento entre os itens 28, 29, 30, 31 e 35 e os demais. Tais itens foram menos preenchidos e correspondem às informações sobre o recém-nascido. Esse fato permite inferir a existência de dificuldades no que se refere à interação no trabalho dos profissionais componentes da equipe, uma vez que cada profissional preencheu apenas aquilo que correspondia à sua especialidade, sem buscar ativamente pelas demais informações. Ao avaliar a duração da internação hospitalar, constatou-se que apenas 26,8% das pacientes permaneceram um tempo de até dois dias, como o recomendado pelo Ministério da Saúde^{23,24}. Esse resultado pode ter ocorrido por problemas na assistência ou pelas características do hospital participante, que é referência para o atendimento de alto risco na região.

Associado a isso, aquelas pacientes com internação maior ou igual a seis dias apresentaram também significativamente menor presença de listas de verificação em seus prontuários. Esses dados permitem sugerir que internações prolongadas que estão relacionadas à intercorrências com mãe e/ou recém-nascido podem representar o não seguimento de estratégias de segurança do paciente, tal qual a *Lista de Verificação de Segurança no Parto*. Tal relação pode ser confirmada em estudo futuro desenhado para tal fim. Os dados corroboram com achados de outros estudos, que indicam elevada frequência de realização de práticas não recomendadas em detrimento de medidas benéficas e baseadas em evidências^{10,20}. Deve-se, com isso, adotar práticas pautadas em um modelo humanizado de atendimento como a aplicação da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*, desestimulando, por outro lado, uma assistência excessivamente intervencionista promotora de desfechos negativos²⁵.

A *Lista de Verificação de Segurança no Parto* corresponde a um documento recente. Por esse motivo, muitos estudos que caracterizam sua implantação, adesão e repercussão na qualidade da assistência ainda estão em andamento em diversos países⁶. Sobre esse aspecto, merece destaque um ensaio randomizado e multicêntrico em mais de 100 hospitais, criado para avaliar a eficácia e sustentabilidade da *Lista de Verificação de Segurança no Parto*, com coleta de dados realizada pela Harvard School of Public Health (Boston, Estados Unidos), entre 2013 e 2016, e que irá apresentar uma análise quantitativa detalhada da relação custo-eficácia da lista de verificação⁶. Outros estudos já possuem resultados conhecidos como é o caso do estudo-piloto, em Karnataka, na Índia, que demonstrou uma taxa de adesão de 95% dos trabalhadores de saúde ao uso da lista de verificação, além de registrar um aumento de práticas essenciais de 10 para 25, dos 29 itens⁶. Além disso, a implantação da *Lista de Verificação no Parto* foi abordada em estudo em uma maternidade no Sri Lanka, onde seis em cada oito pessoas envolvidas nesse processo concordaram com o fato de a lista estimular o trabalho em equipe e a comunicação interpessoal¹¹. Sob outra perspectiva, a criação dessa lista de verificação foi impulsionada pelo sucesso de outras listas de verificação em diferentes setores da saúde¹⁰ como, por exemplo, a da *Lista de Verificação de Cirurgia Segura*^{2,3}.

Apesar de estar associada a uma comprovada melhora da segurança do paciente, estudos também demonstraram a existência de diversas barreiras na implantação e utilização da lista de verificação de cirurgia segura^{26,27}. Os principais problemas são multifatoriais e incluem fatores culturais, estruturais, falta de compreensão do procedimento da aplicação da lista e dificuldade no reconhecimento do benefício percebido pelos profissionais envolvidos²⁷. De forma semelhante ao que o presente artigo propõe, outros estudos ressaltaram a importância de refletir sobre o reconhecimento dessas barreiras para estabelecer estratégias com o intuito de superá-las. Entre as estratégias encontradas na literatura, citamos a utilização de guias para coordenar a implantação, o estímulo para que os líderes clínicos e administrativos das instituições estejam engajados no processo de adaptação das listas e sua implantação, integração da lista nas atividades diárias rotineiras do serviço, compartilhamento dos resultados positivos da lista na segurança do paciente e na melhora da interação da equipe^{26,27,28,29}. Todas essas estratégias se inserem no conceito de criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, capaz não só de modificar comportamentos, mas também de embasar processos de organização do cuidado. Devem ser priorizadas formas coletivas de pensamento, em detrimento de atitudes de segurança individuais, de forma que a estrutura e os recursos administrativos possibilitem o desenvolvimento dessa inteligência organizacional. Ainda que profissionais de saúde sejam sensibilizados sobre a importância de práticas seguras, se eles não puderem aplicá-las seguindo regras estabelecidas, são

vulneráveis para agir de forma inadequada, porque sua conduta é guiada por protocolos de ação, e não por valores pessoais³⁰. A maioria dos estudos já realizados utilizam levantamentos quantitativos para medir essa cultura de segurança e oferecem melhorias pela implementação de intervenções multifacetadas que envolvem várias dimensões. Por outro lado, poucos estudos explicitam seus fundamentos teóricos, o que se traduz na necessidade de melhor exploração de métodos objetivos capazes de medir essa cultura de segurança³¹.

Trabalhos com perfil de profissionais semelhantes ao do presente estudo, realizados também em hospitais escola do Rio Grande do Norte, demonstraram uma porcentagem de 4% de preenchimento completo da lista de verificação que estava presente em 61,4% dos prontuários das cirurgias avaliadas³². Mesmo que a qualidade do serviço não estar estritamente relacionada com o trabalho dos profissionais e muitas vezes depender das condições de estrutura disponíveis para garantir uma assistência satisfatória ao parto e nascimento^{20,33}, a presença de profissionais qualificados, com liderança, e capazes de manter a atualização do conhecimento e tecnologias é fundamental para a manutenção de um serviço eficiente³³. Esses mesmos profissionais de saúde são considerados pontos chaves para a implantação e adesão das listas de verificação^{10,11,34}. Desde o comprometimento com o projeto inicial até todo o processo de envolvimento dos líderes administrativos e clínicos, a realização das modificações adequadas para o ajuste do conteúdo à prática local, educação e treinamento da equipe, a presença e o empenho dos profissionais são indispensáveis. No presente estudo, apesar de todas as medidas preconizadas pela OMS como estratégias de sucesso da implantação – envolvimento das principais partes interessadas, revisão das deficiências atuais, modificação da lista de verificação, treinamento da equipe, lançamento do programa e supervisão contínua –, encontraram-se índices de adesão baixos.

Tal fato não deve ser compreendido necessariamente como um insucesso local. A implantação e aceitação de práticas inovadoras e diferentes daquilo executado cotidianamente representam, na realidade, mudanças de comportamento e, portanto, mundialmente reconhecidas como um desafio^{10,11}. A necessidade de uma interação e cooperação multidisciplinar consiste em reorganização do fluxo de informações entre os setores e entre as diferentes especialidades envolvidas em todo o longo e complexo processo do parto e nascimento¹¹. Como o desenvolvimento de uma cultura de qualidade nos serviços de saúde exige o envolvimento de todos os membros da equipe responsáveis pelo cuidado, resultados mais rápidos são alcançados quando os gestores e líderes das unidades possuem papel ativo no planejamento das atividades^{4,34}. Assim, é necessária a criação de uma consciência e compromisso com a qualidade. Por esse motivo, a adoção da cultura de qualidade e segurança do paciente trata-se de uma estratégia a ser tomada ao longo de um período de tempo, com treinamento e capacitação constante dos profissionais³⁴.

Com base nessas informações, é possível sugerir alguns fatores encontrados durante o processo de implantação para a baixa adesão da lista de verificação. A falta de tempo para dedicação ao projeto por parte dos líderes e gestores, bem como dos próprios profissionais das equipes diretamente responsáveis pelo atendimento é um fator já apontado em outros estudos³⁴. Para contornar essa dificuldade, é essencial fazer da lista de verificação um documento capaz de dinamizar e acelerar o registro dos dados no prontuário. Se o preenchimento dos itens dispensasse o registro da mesma informação no prontuário, por ser uma ferramenta rápida e simples, o tempo total gasto seria menor e aceleraria o processo. Além disso, depara-se com a problemática da precariedade no acompanhamento pré-natal das pacientes internadas. Tal fato aumenta a possibilidade de complicações, bem como de condições patológicas não diagnosticadas previamente³⁴. Tudo isso gera um ambiente de estresse e sobrecarga da equipe de profissionais que afeta a qualidade e eficiência na prestação dos serviços. Pode-se citar ainda um ponto importante observado que prejudica a dinâmica da implantação e utilização da lista de verificação: a inconstância dos setores onde estarão alojadas as parturientes e puérperas. A falta de espaço físico e falta de vagas dentro dos setores muitas vezes determinam que as mulheres permaneçam internadas em locais inapropriados. Visto que a lista de verificação é bem dividida entre os períodos de admissão, logo antes do nascimento, puerpério imediato (primeira hora) e antes da alta, tal fator compromete a criação de um fluxo de preenchimento, dificultando a utilização da ferramenta. Uma forma de amenizar o problema seria garantir o treinamento da equipe para que os profissionais de todos os setores estejam aptos a preencher todas as partes da lista de verificação¹¹. Outro ponto que merece atenção é o excesso de confiança predominante em profissionais de saúde do serviço terciário, que propicia que não vejam necessidade em aplicar a lista

de verificação para o melhor desempenho de suas funções e a considerem apenas como mais um encargo burocrático ¹¹.

No que se refere às limitações deste estudo, a análise restringiu-se a um serviço de saúde de alta complexidade do SUS, sendo os dados obtidos de acordo com o preenchimento da lista de verificação, e não na observação direta dessa ação; além do mais, o instrumento de pesquisa foi modificado em relação ao disponibilizado pela OMS. Essas adições foram estabelecidas com base nas recomendações protocolares locais e são esperadas pela OMS, já que essa entidade encoraja a inclusão, no instrumento, de itens essenciais a cada serviço, mas não a exclusão dos itens já preconizados ⁶. Como os resultados são referentes a uma maternidade escola, deve-se ter precaução ao extrapolar para outras maternidades e instituições que também realizem parto, nacionais ou internacionais, pois tanto a adesão quanto os fatores associados podem variar conforme os diferentes contextos.

Estudos futuros podem quantificar outras variáveis contextuais possivelmente relacionadas à adesão para explicar, de forma mais abrangente, a variabilidade no sucesso da implantação. Dessa forma, são necessários mais estudos para identificar quais aspectos influenciam na adesão assim como na implantação. A despeito das limitações, acredita-se que a presente pesquisa possa ajudar a entender os desafios do processo de implantação da *Lista de Verificação de Segurança no Parto* em maternidades de outras regiões do país, cujas barreiras sejam similares. Embora as iniciativas externas ainda sejam incipientes em nosso meio, há perspectivas de fortalecimento delas, em face da recente instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde do Brasil ³⁵.

Para estabelecer uma condição favorável para a implantação e adesão da *Lista de Verificação de Segurança no Parto* é essencial garantir o cumprimento das orientações da OMS para o estabelecimento de estratégias de implantação ²², a participação das lideranças clínicas e administrativas em todo o processo de idealização até concretização e avaliação do projeto ^{4,10} e envolvimento de toda a equipe multidisciplinar ¹¹. A apresentação e treinamento de utilização da nova ferramenta devem ser acompanhados de um processo intenso de sensibilização dos profissionais quanto às repercussões positivas na melhora da qualidade do serviço prestado ⁴.

Um exemplo da importância da orientação, capacitação e sensibilização constante foi um achado estatístico do presente trabalho que evidenciou que, apesar de a presença da lista de verificação no prontuário ter aumentado ao longo dos três meses avaliados, a porcentagem de itens preenchidos sofreu um aumento entre os meses de julho e agosto, seguido de decréscimo entre agosto e setembro. Tal achado coincide com a entrada de novos profissionais que não participaram do processo de sensibilização e treinamento. Somado a isso, existe o fato de que a presença das colaboradoras da UFRN, orientando e auxiliando o preenchimento nos setores, ocorreu ao longo do primeiro mês de implantação.

Portanto, comprova-se a necessidade de abordar continuamente os membros das equipes porque a presença da lista de verificação não é isoladamente efetiva para garantir sua utilização. O estabelecimento de metas entre os setores, bem como a exposição periódica dos resultados positivos e dos problemas encontrados também representam estratégias importantes para a melhor adesão do documento. Além disso, enfatiza-se a melhoria da utilização de estratégias e tecnologias no serviço a fim de fortalecer a cultura de segurança na instituição.

Conclusão

Apesar de uma estratégia de adaptação participativa da lista de verificação para o parto seguro no contexto local e estratégias de treinamento do pessoal, ocorreu um preenchimento variável da lista de verificação nos quatro momentos em que ela é proposta. A admissão foi o momento mais bem preenchido, todavia houve baixa adesão ao preenchimento completo da lista de verificação. A presença da lista esteve associada a um menor tempo de internação, contudo tal relação deve ser testada em estudos futuros. Para assegurar a melhoria do cuidado com essa nova tecnologia, é necessário um esforço permanente de sensibilização, responsabilização e habilitação dos profissionais das equipes multidisciplinares, com uma liderança atuante, para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado ao paciente. Reforçando-se, assim, o melhor uso de estratégias e tecnologias que fortaleçam a cultura de segurança do paciente na instituição.

Colaboradores

A. O. Praxedes colaborou na coleta de dados, análise dos dados, redação do manuscrito e revisão bibliográfica. L. Arrais participou da análise dos dados, elaboração do manuscrito, redação do manuscrito e revisão bibliográfica. M. A. A. Araújo contribuiu na coleta de dados, análise dos dados e redação do manuscrito. M. R. Freitas contribuiu no desenho do estudo, análise dos dados, redação do manuscrito e revisão bibliográfica. Z. A. S. Gama colaborou no desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão do texto. E. M. M. Silva participou do desenho do estudo, coleta de dados, redação do manuscrito e revisão bibliográfica.

Agradecimentos

Os autores agradecem à diretoria clínica da Maternidade Escola Januário Cicco, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por ter apoiado a proposta de implantação e participado das reuniões para adaptação da lista de verificação de segurança no parto ao serviço; ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da Maternidade Escola Januário Cicco pelo empenho em tornar o instrumento uma rotina local e a todo corpo clínico (enfermeiras, obstetras e pediatras) da maternidade que contribuiu na aplicação da lista de verificação.

Referências

1. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-15.
2. World Health Organization. Safe surgery: why safe surgery is important. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> (acesado em 05/Set/2009).
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-S, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360:491-9.
4. Hirschhorn LR, Semrau K, Kodkany B, Churchill R, Kapoor A, Spector J, et al. Learning before leaping: integration of an adaptive study design process prior to initiation of BetterBirth, a large-scale randomized controlled trial in Uttar Pradesh, India. *Implement Sci* 2015; 10:117.
5. Burbos N, Morris E. Applying the world health organization surgical safety checklist to obstetrics and gynaecology. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2011; 21:24-6.
6. World Health Organization. Safe Childbirth Checklist Programme: an overview. Geneva: World Health Organization; 2013.
7. World Health Organization. WHO checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-newborn-deaths/en/> (acesado em 04/Dez/2015).
8. World Health Organization. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2014. (Fact Sheet, 348).
9. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública* 2011; 27:623-8.
10. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS One* 2012; 7:e35151.
11. Patabendige M, Senanayake H. Implementation of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:12.
12. Lee AC, Cousens S, Darmstadt GL, Blencowe H, Pattinson R, Moran NF, et al. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: a systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11 Suppl 3:S10.
13. Powell-Jackson T, Morrison J, Tiwari S, Neupane BD, Costello AM. The experiences of districts in implementing a national incentive programme to promote safe delivery in Nepal. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:97.

14. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011; 20:1043-51.
15. United Nations. Sustainable development goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> (acessado em 05/Out/2015).
16. Souza JP. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37: 549-51.
17. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPM). Geneva: World Health Organization; 2015.
18. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto D, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S71-83.
19. Wingerter DG. Óbitos maternos no Rio Grande do Norte em 2009 e a sua evitabilidade analisada a partir da ferramenta de investigação SIMWEB. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2012. p. 622.
20. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S192-207.
21. Fourcade A, Blache J, Grenier C, Bourgain J, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2012; 21:191-7.
22. Spector JM, Lashoher A, Agrawal P, Lemer C, Dziekan G, Bahl R, et al. Designing the WHO Safe childbirth checklist program to improve quality of care at childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 122:164-8.
23. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno: normas básicas para alojamento conjunto. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
24. Área Técnica de Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
25. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S17-47.
26. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring variation in use of the WHO Surgical Safety Checklist in the operating room: a multicenter prospective cross-sectional study. *J Am Coll Surg* 2015; 220:1-11.e4.
27. Sparks EA, Wehbe-Janek H, Johnson RL, Smythe WR, Papaconstantinou HT. Surgical Safety Checklist compliance: a job done poorly! *J Am Coll Surg* 2013; 217:867-73.e1-3.
28. Molina G, Jiang W, Edmondson L, Gibbons L, Huang LC, Kiang MV, et al. Implementation of the surgical safety checklist in South Carolina hospitals is associated with improvement in perceived perioperative safety. *J Am Coll Surg* 2016; 222:725-736.e5.
29. Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implement Sci* 2015; 10:137.
30. Nascimento A. Segurança dos pacientes e cultura de segurança: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3591-602.
31. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 338-43.
32. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gomes ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:137-48.
33. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saude Pública* 2014; 30 Suppl:S208-19.
34. Raven J, Hofman J, Adegoke A, van den Broek N. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 114:4-9.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.

Abstract

Decreasing childbirth-related mortality is a current global health priority. The World Health Organization developed the Safe Childbirth Checklist to reduce adverse events in maternal and perinatal care, using simple and effective practices. The current study aims to evaluate adherence to the checklist by professionals in a maternity hospital in Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. The study used an observational, cross-sectional approach to evaluate all births in three months, with data collected from patient charts. Adherence was described on the basis of presence and quality of the checklist's completion, and bivariate analysis was performed using the association with childbirth-related factors. Of 978 patient charts that were reviewed, 71% had the list, an average of 24% of the items were completed, but only 0.1% of the patient charts were totally completed; better completion was seen in vaginal deliveries and at the time of patient admission. Checklist adherence showed limitations that are inherent to the adoption of a new safety routine and requires continuous training of the health professionals to achieve better results.

Patient Safety; Checklist; Maternal-Child Health Services

Resumen

La disminución de la mortalidad relacionada con el nacimiento es hoy una prioridad de salud global. La Lista de Verificación de Seguridad en el Parto fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para reducir eventos adversos evitables en la asistencia materna y perinatal, utilizando prácticas simples y efectivas. Este estudio tiene como objetivo evaluar la adhesión de los profesionales a este instrumento en una maternidad en Natal, Río Grande do Norte, Brasil. Es un enfoque observacional y transversal que evalúa todos los partos realizados durante tres meses, con datos recogidos de los historiales clínicos. La adhesión se describió, basada en la presencia y en la calidad de la cumplimentación de la lista de verificación, y se realizó un análisis bivariado con una asociación de factores relacionados con el parto. De los 978 historiales revisados, un 71% poseían la lista, se cumplimentaron de media un 24% de los ítems, pero solamente un 0,1% de los historiales fue totalmente cumplimentado, produciéndose una mejor cumplimentación en los partos vaginales y en el momento de la admisión de la paciente. Se constató que la adhesión a la lista presentó limitaciones inherentes a la adopción de una nueva rutina de seguridad y requiere un continuo entrenamiento de los profesionales para mejores resultados.

Seguridad del Paciente; Lista de Verificación; Servicios de Salud Materno-Infantil

Recebido em 29/Fev/2016
Versão final reapresentada em 30/Dez/2016
Aprovado em 01/Fev/2017