

nacional as mulheres com Esclerose Múltipla apresentam uma prevalência de aleitamento materno sempre inferior, o que nos leva à reflexão: em que medida as mulheres com esclerose múltipla se sentem seguras para amamentar? Esta será uma excelente questão a investigar em estudos futuros, eventualmente de âmbito qualitativo, de modo a conseguir captar o significado da experiência vivida.

Com base na evidência científica disponível, é prática encorajar o aleitamento materno em mulheres com Esclerose Múltipla com baixo risco de vir a desenvolver surtos no período pós-parto, isto é, doentes que apresentem uma baixa taxa de surtos antes e durante a gravidez (Vukusic, 2004). Contudo, o conhecimento sobre o impacto da gravidez e consequentemente sobre o aleitamento materno nas mulheres com Esclerose Múltipla seguramente ainda terá um longo caminho a percorrer.

CONCLUSÃO

Em suma, concluímos que a prevalência de aleitamento materno em mulheres com Esclerose Múltipla é inferior ao verificado na população de mulheres em geral.

Os dados da nossa investigação constituem um primeiro contributo para se começar a conhecer o contexto português a este respeito, e expõe a necessidade de que esta problemática continue a ser estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, S., Sargento, J., Sousa, L. (2010) – Tratamento Imunomodulador. In Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla da Sociedade Portuguesa de Neurologia, *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp.327-349). Lisboa: Biogen Idec.
- Direção-Geral da Saúde (2014). Registo do Aleitamento Materno – Relatório janeiro a dezembro 2013, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Hellwig, K., Rockhoff, M., Herbstreit, S., Borisow, N., Haghighi, A., Elias-Hamp, B., ... Langer-Gould, A. (2015). Exclusive Breastfeeding and Effect on Postpartum Multiple Sclerosis Relapses. *JAMA Neurology*, 72(10), 1132-1138. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.1806
- Marques, J. (2010) – EM-Formas / Fases da Doença. In Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla da Sociedade Portuguesa de Neurologia, *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp.157-161). Lisboa: Biogen Idec.
- Silva, A. (2010) – A Esclerose Múltipla e Gravidez. In Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla da Sociedade Portuguesa de Neurologia, *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp.199-208). Lisboa: Biogen Idec.
- Sobral, M., Dias, J. (2013). Esclerose Múltipla e Gravidez. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 7(4), 293-297.
- Vukusic, S., Hutchinson, M., Hous, M., Moreau, T., Cortinovis-Tourniaire, P., Adeleine, P. (2004). Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain*, 127, 1353-1360. doi: 10.1093/brain/awh152.

SEGURANÇA DO DOENTE EM OBSTETRÍCIA

Patient Safety in Obstetrics

Seguridad del Paciente en Obstetricia

Maria Otilia Brites Zangão; Manuel Agostinho Fernandes*

RESUMO

Enquadramento: A segurança do doente é uma temática na ordem do dia nas nossas unidades de saúde. Tal facto pode ser comprovado com o aumento do interesse em ter uma acreditação por uma entidade idónea. A segurança da doente em Obstetrícia é um assunto um pouco menos expresso, motivo pelo qual nos propusemos a avaliar este fenómeno,

Objetivo: Compreender a importância da segurança da doente em obstetrícia atribuída pela literatura científica publicada entre 2013 e 2015.

Método: Realizámos uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados: MEDLINE with Full Text; Medic Latina; CINAHL Plus with Full Text; Academic Search Complete; BIREME/OPAS/OMS - Biblioteca Virtual em Saúde; Scielo e no Portal Proqualis. Definimos critérios de inclusão e obtivemos 6 artigos. Utilizámos o *Software Alceste* 2010 e o *Software Iramuteq* versão 0.7 para realizar a análise dos artigos através do qual obtivemos cinco classes.

Resultados: Verificámos que são realizados procedimentos de forma rotineira como a realização de cesarianas e episiotomias. Verificámos que a segurança da doente em obstetrícia está relacionada com a dotação do número de enfermeiros em cada unidade de saúde, com a qualidade dos cuidados prestados e aqui é dada importância às grandes unidades, ou seja, unidades onde são praticados mais partos e onde a experiência é maior para situações mais complexas. Também para a qualidade e segurança dos cuidados é tida em conta o ambiente terapêutico da unidade de cuidados, assim como a utilização de instrumentos que ajudem na verificação dos cuidados prestados de forma a prevenir complicações.

Conclusões: Esperamos alertar para práticas que poderão ser facilitadoras de cuidados de qualidade e com segurança para as mulheres nesse momento tão importante das suas vidas, nomeadamente a utilização do partograma e da *Checklist* de Parto Seguro.

Palavras-chave: segurança; qualidade da assistência à saúde; cuidados de Enfermagem; obstetrícia

ABSTRACT

Background: Nowadays, patient safety is a subject on the agenda in our Health Units. This becomes even more evident when having an accreditation by competent authority is seen with increasingly interest. In the contrary, the safety of the patient in Obstetrics is still less expressed, as such in this work this subject was investigated.

* Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Portugal. Investigadora do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora (CICTS).

2 Doutor no Ramo da Gestão: Especialidade Gestão da Qualidade. Professor Coordenador. Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Investigador do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora (CICTS).

Objective: To understand the importance given to patient safety in obstetrics at the level of scientific literature published between 2013 and 2015. **Methods:** We conducted a systematic review of the literature in databases: MEDLINE with Full Text; Medici Latina; CINAHL Plus with Full Text; Academic Search Complete; BIREME / PAHO / WHO - Virtual Health Library; Scielo and Portal ProQualis. We defined inclusion criteria and obtained 6 articles. We used the Alceste Software 2010 and Iramuteq Software version 0.7 to perform the analysis of the articles through which we obtained five categories.

Results: We found that procedures like caesarean sections and episiotomies are routinely performed. We found that the safety of the patient in obstetrics is related to the number of nurses allocated to each Health Unit, to the quality of care and here, higher importance is given to large units (units that perform a higher number of deliveries and with larger the experience in more complex situations). Also when the quality and safety of care is taken into account the therapeutic environment of the care unit, as well as the use of verification tools for the care effectively ministered, contribute to prevent complications.

Conclusions: We intend to alert to practices that may facilitate to improve the quality of care and the safety for women in this very important moment in their lives, namely the use of tools as the "delivery chart" and the "Safe Childbirth Checklist".

Keywords (DeCS) and (Mesh): safety; quality of health care; nursing care; obstetrics

RESUMEN

Antecedentes: La seguridad del paciente es un tema en el orden del día en nuestros centros de salud. Esto se puede ver con el aumento de interés en tener una acreditación por la autoridad competente. La seguridad del paciente en obstetricia es un tema un poco menos expresado, es por ello que propusimos evaluar este fenómeno.

Objetivo: Para entender la importancia de la seguridad del paciente en obstetricia otorgados por la literatura científica publicada entre 2013 y 2015.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos: MEDLINE en texto completo; América del médico; CINAHL Plus con texto completo; Academic Search Complete; BIREME / OPS / OMS - Biblioteca Virtual en Salud; Scielo y Portal ProQualis. Hemos definido los criterios de inclusión y se obtuvieron 6 artículos. Se utilizó el software Alceste 2010 y Iramuteq Software versión 0.7 para realizar el análisis de los artículos a través del cual hemos obtenido cinco clases.

Resultados: Se encontró que rutinariamente procedimientos se llevan a cabo como la realización de episiotomías y cesáreas secciones. Se encontró que la seguridad del paciente en obstetricia está relacionada con la asignación del número de enfermeras en cada unidad de salud, con la calidad de la atención y aquí se le da importancia a las grandes unidades, o compartimientos donde se toman más entregas y donde experiencia es mayor para situaciones más complejas. También para la calidad y seguridad de la atención se tiene en cuenta el entorno terapéutico de la unidad de cuidados, así como el uso de herramientas para ayudar en la verificación de la atención para evitar complicaciones.

Conclusiones: Se esperan llamar la atención sobre las prácticas que pueden ser facilitadora calidad de la atención y la seguridad de las mujeres en este momento tan importante de sus vidas, incluyendo el uso del partograma y lista de comprobación segura del parto.

Palabras clave (DeCS): seguridad; calidad de la atención de salud; atención de enfermería; obstetricia

INTRODUÇÃO

Atualmente a questão da segurança do doente é um tema muito debatido e que está relacionado com a melhoria contínua da qualidade assistencial. No nosso país alguns hospitais fizeram um percurso no sentido da melhoria contínua dos cuidados oferecidos às populações que servem, sendo esta uma das prioridades na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2000. Em fevereiro de 2015, foi publicado o Despacho n.º 1400-A/2015 referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, este "Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS" (Portugal, 2015: 3882-(2)).

Em Portugal foi criado o Programa Nacional de Acreditação em Saúde pelo Departamento da Qualidade na Saúde do Ministério da Saúde (DGS, 2009), o qual tem como objetivos "fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício" (DGS, 2009, p4). Este programa baseou-se na metodologia *King's Fund* e deu origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais. Em 2004 a Unidade de Missão para os Hospitais S.A., veio a adotar o modelo da *Joint Commission International* para acreditação dos hospitais e unidades de saúde.

Em 2009, através do Despacho n.º 14223/2009,

de 24 de junho do Ministério da Saúde, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e onde foram definidos critérios para a adoção de um modelo de acreditação. Com a aplicação dos critérios a "escolha recaiu sobre o Modelo de Acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos" (DGS, 2009: 5).

O Modelo de Acreditação ACSA foi aprovado por Despacho da Ministra da Saúde (Despacho n.º

69/2009, de 31 de agosto) como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária. Todo o processo de acreditação é um processo contínuo, depois da acreditação este organismo continua a trabalhar com as instituições para ajudá-las a manter as creditações e para que permaneçam atualizadas com os novos padrões e oferecer orientações para uma melhoria contínua no seu desempenho.

A garantia de cuidados de saúde com qualidade e os bons resultados em saúde passa também pela procura de um elevado grau de segurança do doente de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Ainda de acordo com esta entidade, a avaliação da Segurança do Doente no âmbito do SINAS é feita em duas perspetivas complementares: avalia-

ção de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base numa *Checklist* de verificação da cultura e procedimentos relacionados com a segurança dos doentes na prestação de cuidados de saúde e avaliação de eventos adversos, por indicadores de resultados, que traduzem a incidência deste tipo de ocorrências na prestação de cuidados de saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos" (Portugal, 2015: 3882-(2)).

De acordo com Fragata (2011:17), qualidade em saúde poderia definir-se, "como um nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados", ou seja o nível com o qual as unidades de saúde aumentam a probabilidade de terem resultados de saúde desejados. A importância da qualidade foi abordada, pela primeira vez, por Florence Nightingale, no século XIX e teve a sua primeira definição consistente nos anos 60 por Avedis Donabedian num estudo sobre qualidade nos cuidados de saúde (Fragata, 2011). No final dos anos 90 e início do século XXI, à qualidade foi associado um novo elemento, a segurança nos cuidados, a qual é uma vertente inseparável da qualidade.

De acordo com Vincent citado por Oliveira, Moutinho, Porto & Bucaresky (2014: 20), a "segurança pode ser definida como a evitabilidade, prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões provenientes do processo assistencial", ou seja, a segurança é a redução a um mínimo aceitável de risco desnecessário associado ao cuidado prestado. Para a OMS, a segurança do paciente é a ausência de dano evitável a um paciente durante o processo de cuidados de saúde (OMS, 2004). Relativamente à esta questão da segurança do doente a OMS estima que os eventos adversos, os erros e os incidentes associados aos cuidados prestados aos doentes, ocorrem em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Todos estes malefícios podem ser incapacitantes, com sequelas permanentes, além de levarem ao aumento da despesa, ao aumento do tempo de internamento ou mesmo reinternamentos até mesmo causar a morte (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011).

Todo este movimento centrado na segurança do doente teve início nos Estados Unidos há cerca de duas décadas após a publicação de um estudo em 1984 (Harvard Medical Practice Study) no qual foi demonstrado que cerca de 3,7% dos doentes hospitalizados sofreu algum evento adverso, definido como lesão causada por tratamento médico (erro no pro-

cesso assistencial) e não como consequência do processo patológico (Oliveira, Moutinho, Porto & Bucaresky, 2014).

A OMS criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Esta aliança tem como objetivo instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (Oliveira, Moutinho, Porto & Bucaresky, 2014). A OMS criou então 13 áreas de ação do programa de Segurança do Paciente.

Na sequência da ação 13 - *Checklist* s para a área da saúde, foram implementadas as *Checklist* de segurança cirúrgica, *Checklist* pandemia de H1N1, e em novembro de 2012 a OMS lançou a *Checklist* de Parto Seguro em colaboração com três departamentos da OMS (Gravidez Segura, Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Criança e do Adolescente). Este novo *Checklist*, desenvolvido em conjunto com a Escola de Saúde Pública de Harvard, apresenta-se como um instrumento de utilização fácil que promove o exercício consoante as práticas recomendadas, sintetizando a mais recente evidência científica (OE, 2012).

Este artigo tem como finalidade explorar a importância na literatura acerca da segurança do parto, implementação de boas práticas e papel da enfermagem, principalmente enfermeiras parteiras. Sendo nosso objetivo compreender a importância da segurança da doente em obstetria a nível da literatura científica publicada entre 2013 e 2015.

Sabemos que a gravidez e o parto, na maioria das situações ocorre sem intercorrências, tanto para a mãe como para o bebé, no entanto não é uma área isenta de existirem complicações, que podem ir desde as mais simples até às mais graves pondo em risco a vida da mãe e/ou do bebé, com origem no decorrer da gravidez e/ou do parto. Mas sabemos que outras complicações podem advir da própria assistência disponibilizada, nomeadamente a realização de procedimentos de forma habitual, tais como a episiotomia e a cesariana. Práticas que não se realizam apenas em caso de necessidade, mas em situações rotineiras na maioria dos hospitais, algumas destas comprovadas pelas estatísticas publicadas, nomeadamente o número de cesarianas que ocorrem em Portugal, verificando-se um aumento desde 1999 (dados disponibilizados) até que em 2010, começa a verificar-se uma inversão destes números, e no último ano (2014) atingindo os 33,5% dos partos ocorridos (Pordata, 2015) mas ainda assim muito elevada, relativamente ao que ocorre a nível da OCDE (2013a) onde a taxa de cesariana é de 26,9% enquanto em Portugal é de 34,8% sendo assim o quinto país com taxas mais elevadas a nível Mundial e o se-

gundo a nível da Europa. A maior parte dos países europeus tem uma taxa de cesarianas que não ultrapassa os 30%, da análise destes dados podemos concluir que os países desenvolvidos com taxas de cesarianas mais baixas são aqueles que apresentam os valores de mortalidade materna ou mortalidade perinatal mais baixos (Ayres de Campos et al, s/d).

A episiotomia, outra das práticas realizadas rotineiramente nos hospitais, é uma incisão cirúrgica do períneo realizada para alargar a abertura vaginal. Grande variação no uso da episiotomia em partos vaginais existe atualmente em toda a Europa, que vão desde cerca de 70% dos nascimentos em Portugal e na Polónia em 2010 para menos de 10% na Suécia, Dinamarca e Islândia (Euro-Peristat, 2013 citado por OCDE, 2015). O uso seletivo de episiotomia para diminuir lacerações perineais graves durante o parto é controversa, com alegações de que existem atualmente dados insuficientes para avaliar adequadamente as considerações de segurança e eficácia (Lappen e Gossett, 2010 citado por OCDE, 2015).

De acordo com a OMS (2015), em 2013, 289 000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto, e 2,8 milhões de recém-nascidos morreram no prazo de 28 dias após o nascimento. A maioria destas mortes ocorreram em locais de poucos recursos e que poderiam ter sido evitadas.

No passado o exercício da enfermagem obstétrica era geralmente pouco seguro, tal como se pode comprovar pelas elevadas taxas de mortalidade materno infantil que existiam em Portugal. Para colmatar este problema foram-se desenvolvendo políticas e programas nacionais, nomeadamente, promoveu-se o ensino e a formação em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Nesta área de cuidados outro dos pilares de uma cultura de segurança passou pela alteração do local do parto, ou seja, passou de um parto no domicílio sem a segurança recomendada, para um parto, maioritariamente, hospitalar com todas as condições de segurança preconizadas, nomeadamente uma equipa multidisciplinar de diferentes áreas de atuação e preparadas para atuar em qualquer situação de risco.

Em concordância com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, deve ser fomentada uma política para a segurança da doente, tanto ao nível da unidade hospitalar como ao nível da unidade de cuidados e para isso atualmente em cada hospital há um gestor do risco em cada unidade de cuidados o qual faz parte da equipa de gestão do risco dessa unidade hospitalar. A promoção de estratégias de segurança em obstetria deve incluir todas as estratégias para os doentes em geral associadas a estratégias relacionadas com os procedimentos em obstetria. De acordo com Fragata (2011) a quali-

dade em saúde materna é definida entre três aspetos essenciais: na eficiência e efetividade dos cuidados; satisfação das doentes e ausência de complicações. Neste sentido em 2008 a OMS estabeleceu um programa de Segurança no Parto baseado numa lista de verificação, ou seja, tem uma *Checklist* com 29 itens com o objetivo de aumentar a melhoria das práticas de parto, esta *Checklist* consiste num “lembrete” resumido de passos essenciais para a assistência ao parto seguro. Os itens estão organizados em quatro momentos chave durante o parto: no momento da admissão, quando a mulher começa com os esforços expulsivos ou antes da cesariana, uma hora após o parto e no dia da alta. Em 2013 a OMS publicou a *Safe Childbirth Checklist Programme* onde apresenta a *Checklist* de Parto Seguro (OMS, 2013).

O *Checklist* de Parto Seguro contém 29 itens relacionados às principais causas de morte materna (ou seja, hemorragia, infeção, trabalho de parto obstruído e distúrbios hipertensivos), natimortos relacionados com intraparto (nomeadamente, cuidados intraparto inadequada), e óbitos neonatais (ou seja, asfria ao nascer, infeções e complicações relacionadas à prematuridade). Foi desenvolvido na sequência de uma metodologia rigorosa e testadas para a usabilidade em dez países da África e Ásia. A OMS fornece supervisão estratégica e um julgamento multicêntrico, randomizado e controlado em mais de 100 hospitais para testar se a adoção do *Checklist* e melhorar os resultados de saúde para mães e recém-nascidos. A avaliação está sendo realizada pela Escola Harvard de Saúde Pública, com o apoio da Fundação Bill & Melinda Gates (OMS, 2015). A OMS recorda que *Checklist* de Parto Seguro não é um dispositivo regulamentar ou um componente da política oficial; será uma ferramenta de “cabeceira” para os profissionais de saúde melhorarem a segurança dos seus cuidados e reduzir as mortes e complicações desnecessárias. Embora tenha sido testado e desenvolvido em locais com recursos limitados, a morbidade e mortalidade materna e infantil em ambientes com bons recursos também podem beneficiar da introdução do programa. A *Checklist* ainda está em desenvolvimento como uma edição piloto aguardando *feedback* e evidências sobre a sua implementação e impacto (OMS, 2013).

1. Há também Indicadores de Gineco-Obstetria disponibilizados pela Proqualis - Centro Colaborador para avaliar a Qualidade do Cuidado e a Segurança da doente em obstetria nas unidades de cuidados;
2. Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal sem instrumentação;
3. Taxa de mulheres que apresentaram perda de

sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal;

4. Percentagem de pacientes que precisaram de cesariana de urgência, cujo procedimento foi realizado no tempo ideal;
5. Taxa de mortalidade perinatal padronizada por gestação;
6. Taxa de mortes maternas ou graves morbidades associadas ao trabalho de parto ou parto;
7. Taxa de cesarianas, após a exclusão de mulheres com alto risco de necessitarem de parto cirúrgico;
8. Taxa de profilaxia antibiótica em histerectomias;
9. Taxa de profilaxia antibiótica em cesarianas.

Há fatores que também podem contribuir para a segurança da doente em Obstetria, nomeadamente, as dotações de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (parteiras)/parturiente. De acordo com a OCDE, foram realizadas revisões de vários estudos, tendo-se concluído que modelos *midwife-led* de cuidados resultou em menos complicações (Hatem et al. (2008) citado por OCDE, 2013b), que as parteiras são igualmente eficazes na prestação de cuidados pré-natais e de aconselhamento em caso de gestações normais (Di Mario et al., 2005 citado por OCDE, 2013b), embora seja necessário o apoio de obstetras para complicações. Também em Portugal, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no objetivo estratégico 1 (Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno), a questão da dotação de profissionais é uma das dimensões (Dimensão 10) em que deveria haver uma melhoria a curto prazo (Portugal, 2015). Verificamos que o número de parteiras por 100 000 mulheres em 2011, em Portugal era de 43,1, número muito abaixo do preconizado pela OCDE que era de 69,9 parteira (OCDE, 2013b). No entanto as taxas de mortalidade materno-infantil têm refletido a qualidade e segurança dos cuidados prestados no nosso país, apesar do reduzido número de enfermeiros especialistas nesta área em relação ao número de partos. Averiguamos ainda, que a relação do número de partos/parteira em 2011 era de 40,27 enquanto em 2014 o número de partos/parteira era de 31,99, sendo aqui a redução do número de partos/parteira associado à diminuição dos nascimentos e ao ligeiro aumento do número de parteiras formadas.

Sem dados da OCDE para 2014, com os dados da Pordata (numero de mulheres) e da Ordem dos Enfermeiros (numero de Parteiras) calculámos o número de parteiras por 100 00 mulheres em 2014 e verificamos que se verifica uma diminuição, ou seja, enquanto em 2011 era de 43,1 (OCDE, 2013b) em 2014 seria de 39,24.

Vamos de seguida tentar compreender a importância deste assunto para os profissionais de saúde a nível das publicações realizadas.

METODOLOGIA

Como metodologia realizámos uma revisão sistemática da literatura no motor de busca EBSCOhost Web, na qual seleccionámos as bases de dados (MEDLINE with Full Text; Medilatina; CINAHL Plus with Full Text; Academic Search Complete), encontramos dois artigos, sendo que está um respetivamente na Medilatina e na Academic Search Complete, estando ambos disponíveis em periódicos científicos e revistas académicas. Utilizámos também pesquisa nas bases de dados BIREME/OPAS/OMS - Biblioteca Virtual em Saúde e na qual encontramos um artigo, na Scielo também encontramos um artigo e realizámos ainda pesquisa no Portal Proqualis, onde encontramos dois artigos.

Utilizámos como critérios: Faixas etárias, feto, concepção e nascimento; data da publicação entre 2013 e 2015, texto completo e pesquisa booleana: segurança AND obstetria AND práticas. De seguida procedeu-se à revisão crítica da evidência existente nestas fontes de informação e à aferição da sua pertinência para o caso português, sendo assim temos no total seis artigos que cumprem os critérios predefinidos, os quais decidimos analisar com recurso ao *Software Alceste* 2010 (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) e ao *Software Iramuteq* versão 0.7, de forma a fazer uma análise de conteúdo imparcial. A análise de conteúdo efetuada foi construída conjugando um sistema de categorias identificadas pela revisão da literatura e a divisão/categorização efetuada pelo *Software Alceste* 2010.

Foi feita a preparação do corpus de análise segundo as regras de preparação do material textual para o Alceste, ou seja, foi feita a codificação de cada artigo em que cada um é considerado uma unidade de contexto inicial (UCI). O processamento realizado no *Software Alceste* ocorreu em quatro etapas, primeiramente são calculados os dicionários, de seguida foi realizada uma reformatação com o cálculo da frequência das palavras, identificando-as por raízes comuns. Foram identificadas cinco classes com uma percentagem de riqueza de vocabulário de 97,59%. Os artigos analisados são formados por 534 Unidades de Contexto Elementares (UCE). Estas unidades de contexto elementar (UCE) "são segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus" (Camargo, 2005, p514). Das 534 UCE iniciais, o Alceste procedeu a duas classificações. Na primeira classificação reagrupou 395 UCE e na segunda classificação reagrupou em 357 UCE (Figura 1).

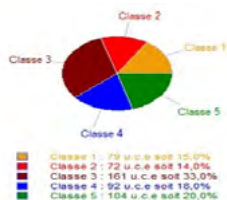


Figura 1 – Dendrograma de divisão das Unidades de Contexto Elementares

Fonte: Alceste

Depois da fase de classificação, passamos à terceira etapa da análise do *corpus*, na qual obtemos o número de classes. Esta divisão permitiu observar cinco contextos de expressão sobre a segurança das doentes em obstetrícia, na perspetiva dos autores dos artigos em análise. No que diz respeito aos percentuais definidores das classes, a Classe 3 é composta por 161 UCE, representando 33% do total de UCE; seguida da Classe 5 com 104 UCE, representando 20%; da Classe 4 composta por 92 UCE, representando 18% do total de UCE; da Classe 1 composta por 79 UCE, representando 15% do total de UCE e por último a Classe 2 com 72 UCE, representando 14%.

Através do dendrograma apresentado na figura 2, visualizamos as relações entre as classes originadas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Num primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Num segundo momento, o subgrupo superior foi dividido em dois. Na primeira divisão resultou a Classe 2, na segunda divisão, resultou a Classe 5, na terceira divisão resultou a Classe 4, na quarta divisão resultou a Classe 3 e a Classe 1. A CHD parou aqui pois as classes mostraram-se estáveis. Isto significa que a Classe 2 possui menor relação ou proximidade com as restantes classes, por outro lado as classes que possuem maior proximidade são a Classe 1 e a Classe 3.

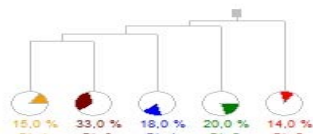


Figura 2 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Fonte: Alceste

Relacionada com esta etapa da análise está a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) a qual efetua o “cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano carte-

siano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas” (Nascimento & Menandro, 2006, p75), permitindo verificar a relação entre as classes segundo a localização dessas mesmas classes e a sua interação (Figura 3). Na análise da figura 4 verificamos que o único núcleo que se cruza com todas as classes é o núcleo da Classe 3, o núcleo da Classe 2 não se cruza com mais nenhuma classe enquanto os núcleos das restantes classes se cruzam entre elas.

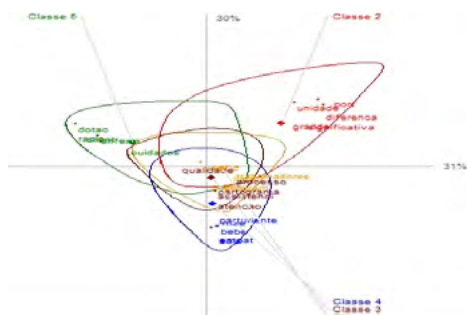


Figura 3 - Análise fatorial de correspondência

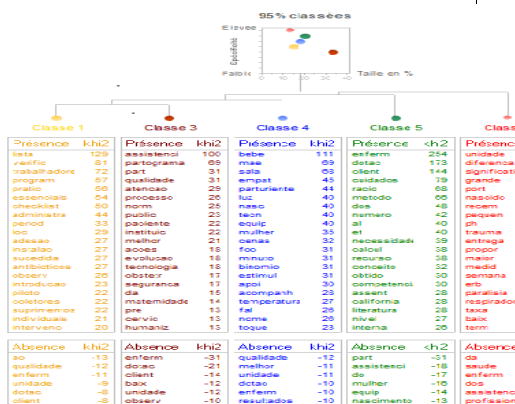
Fonte: Alceste

Sendo a palavra central da Classe 3 a qualidade, ficamos satisfeitos, pois verificamos que é uma preocupação nos artigos analisados.

A última etapa do tratamento dos dados pelo *Software*, é um prolongamento da etapa anterior, ou seja o *Software* fornece as UCEs mais características de cada classe de palavras e ainda as Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHAs) para cada classe, permitindo assim o estudo das relações dos elementos interclasses (Camargo, 2005).

As cinco classes obtidas podem ser analisadas como contextos lexicográficos (ao nível do *Software*) que permitem estabelecer as conceções sobre a preocupação da segurança das doentes em obstetrícia. Para cada classe, o *Software* Alceste selecionou frases constituídas de até três linhas, as UCEs. Cada classe foi analisada separadamente e as palavras mais representativas foram selecionadas, baseando-se no valor do qui-quadrado e na frequência das palavras.

Na figura 4 estão representadas as formas reduzidas das palavras mais significativas, de acordo com o valor do qui-quadrado, que formam cada classe e ainda o vocabulário significativamente ausente de cada classe de acordo com o valor do qui-quadrado, sequenciadas por ordem decrescente. O valor do qui-quadrado indica-nos a força de associação entre cada vocábulo e a sua classe. Portanto quando maior o valor do qui-quadrado, mais importante é a cons-

[illegible]

Fonte: Alceste

Com a utilização deste *Software*, para análise do corpus, a escolha das categorias segue as características da análise de conteúdo, ou seja, são exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes (Carmo & Ferreira, 1998), expondo as principais áreas do conteúdo (Sousa, 2009).

Classe 1 – Cuidados de saúde materna e neonatal
Classe 2 – Determinantes na segurança em obstetrícia

Classe 4 – Ambiente terapêutico no parto

Procedemos de seguida à discussão das UCE com maior significado retirados dos artigos e que dão forma a análise de conteúdo do corpus.

Atualmente em Portugal em termos de segurança da doente em obstetria e de acordo com a ERS, os resultados que são analisados referem-se à avaliação do cumprimento de procedimentos relativos a cuidados pré-natais e a partos referenciados, ou seja analisa-se a ocorrência de determinados procedimentos, nomeadamente, de cesarianas, partos vaginais, partos programados e lacerações perineais graves, assim como a correta prescrição e administração de terapêutica antes do parto.

Através da nossa pesquisa obtivemos seis artigos de acordo com os critérios apresentados anteriormente, destes e de acordo com a análise realizada verificamos que a classe mais representativa é a Classe 3 – Ferramentas para segurança na assistência e verificamos que na análise dos artigos a raiz da palavra central é qualidade, seguida de partograma, part+ e assistenci+. Podemos considerar que são ferramentas essenciais para a segurança da doente nesta fase de necessidade de cuidados, sendo que a sua palavra central se cruza com todas as classes, daqui podemos também perceber a sua importância, tal como se comprova pelo referido nas UCE da Classe 3:

“(…) (incentivando) o (parto) (normal) (e) reduzindo Cesarianas (desnecessárias) (e) (possíveis) eventos (adversos) decorrentes de um (parto) não (adequado). Os parceiros (da) (iniciativa) reuniram hospitais (e) operadoras de-todo o (país) para apresentar (e) (discutir) (essa) pro-

posta) (e), em marco de 2015, houve a seleção (das) (instituições) participantes.” uce n° 281 Khi2 = 21 uci n° 3 : *art_3 *K_3

“(…) além de racionalizar o (uso) de (ocitócicos) (e) (prevenir) as indicações (desnecessárias) de cesarianas. (portanto), o (partograma) transforma em preditivo o que era apenas intuitivo. Em 1991, o (ministério) (da) (saúde) (recomendou) a introdução do (partograma) (como) (parte) (da) (iniciativa) para a (maternidade) segura (e) em 1994, a OMS (torna) obrigatório o (partograma) nas (maternidades) para o (acompanhamento) do (trabalho) de (parto).” uce n° 498 Khi2 = 21 uci n° 6 : *art_6 *K_3

“(…) para (tanto), o (partograma) (serve) (como) (ferramenta) para avaliar a (evolução) do (parto) (como) um todo: a (dilação) (cervical), a (descida) (da) apresentação, a (posição) (fetal), a (variedade) de (posição), a frequência cardíaca (fetal), as contrações (uterinas), a infusão de líquido (e) a (analgesia).” uce n° 526 Khi2 = 19 uci n° 6 : *art_6 *K_3

“Quando se fala em promoção (da) (qualidade) em (saúde), inevitavelmente se fala em (segurança) do (paciente) (e) vice-versa. (segurança) (e) o-mais (importante) componente (da) (qualidade) (e) (pode) (ser) definida (como) a (prevenção), a (melhoria) (e) a correção dos resultados (adversos) ou (das) lesões provenientes do (processo) (assistencial), apoiando se não apenas os (pacientes).” uce n° 227 Khi2 = 17 uci n° 3 : *art_3 *K_3

“(…) (entretanto) o alto índice de intervenções no (processo) (fisiológico) do (trabalho) de (parto) por profissionais de (saúde) não tem garantido a (qualidade) (da) (assistência) (obstétrica), nem a (queda) significativa dos indicadores de (morbimortalidade).” uce n° 477 Khi2 = 14 uci n° 6 : *art_6 *K_3

A segunda classe mais representativa é a Classe 5, nomeada como “Dotação segura da equipa de enfermagem”, verificámos pela análise do *Software* que as raízes das palavras são enferm+, dotac+, cliente+ e cuidados. Verificámos nas UCE, que a dotação da equipa de enfermagem é muito importante para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à doentes em Obstetrícia. O seu núcleo apenas se cruza com a Classe 1 (Cuidados de saúde materna e neonatal) a qual tem a sua coerência, ou seja, relaciona-se com os cuidados de saúde materna e neonatal, os cuidados prestados pela equipa de enfermagem. Na análise das UCE verificámos a importância de uma dotação correta da equipa de enfermagem para a prestação de cuidados com segurança:

“Esta proposta (expressa) uma evolução pois (permite) (determinar) (as) (necessidades) (de) (enfermeiros) adotando (diferentes) (métodos) (de) (calculos) para (os) (diferentes) ambientes (de) (cuidados). Assim, para (os) (cuidados) (de) saúde (primários) (são) definidos (rácios) enquanto que, para o (internamento) hospitalar e (rede)

(de) (cuidados) (continuados), aplicam se (formulas) (define) ou estipula contingentes (de) (dotação) (relativamente) (as) (competências) (dos) (enfermeiros).” uce n° 199 Khi2 = 53 uci n° 2 : *art_2 *K_5

“A (dotação) (segura) (em) (enfermagem) e uma (preocupação) (central) para uma pratica (segura) e (refere) se ao (numero) (de) (enfermeiros) (em) (quantidade) e (experiencia) (necessárias) para fazer (face) (as) (necessidades) (dos) (clientes) (em) (cuidados) (de) (enfermagem).” uce n° 205 Khi2 = 34 uci n° 2 : *art_2 *K_5

“(…) enfermeiros) e (organizações) (de) saúde. Para (os) (clientes): A (investigação) evidencia que a (dotação) (adequada), seja na (quantidade), (numero) (de) (enfermeiros), ou na qualidade, (nível) (de) (formação) e (de) (experiencia) profissional, (tem) (impacto) (nos) resultados (obtidos) para o paciente/ (cliente).” uce n° 172 Khi2 = 31 uci n° 2 : *art_2 *K_5

A classe que aparece em terceiro lugar é a Classe 4 – Ambiente terapêutico no parto, em que as palavras mais representativas são as que tem raiz em, bebê, mãe, sala e empt+ a palavra central cruza-se com a Classe 1 (Cuidados de saúde materna e neonatal) e a Classe 3 (Ferramentas para segurança na assistência). Nas UCE é emblemática a importância do ambiente terapêutico em redor do momento do parto, ou seja o ambiente instrumental e relacional contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à doente:

“(…) (RO) (chama) (parturiente) pelo (nome) e (explica) (que) (vai) higienizar (o) (períneo) e (fazer) (a) episiorrafia. (do) (mesmo) (modo), (constatou) (se) em varias (cenar) de parto (que) pelo menos um (membro) da (equipe) agiu de forma (empática) (ao) (perceber) as angustias da (mulher) e comunicar (se) (efetivamente), ou seja, (falou) o-que-e como (ela) (necessitava) ouvir.” uce n° 30 Khi2 = 60 uci n° 1 : *art_1 *K_4

“(…) (estimula) (mulher) (a) (fazer) (força) e (diz) (que) na próxima (contração) (o) (bebe) (vai) (nascer), (chamando) (o) pelo (nome). (outro) comportamento observado em (alguns) (membros) da (equipe) foi (o) (toque) (afetivo), (que) (seria) mais uma estratégia de comunicação para (o) estabelecimento da (relação) (empática).” uce n° 37 Khi2 = 53 uci n° 1 : *art_1 *K_4

“O (ambiente), por sua vez, também (deveria) ser (priorizado) como um fator (contribuinte) para (a) segurança (do) (binómio) (mãe) (bebe). Dessa (maneira), e recomendado (que) uma (sala) tranquila, suavemente iluminada, (com) (temperatura) agradável, (sem) muita atividade exterior e (com) poucas pessoas (presentes) (seria/) (ideal) para (a) melhor (adaptação) (do) (RN) (ao) (mundo) extrauterino.” uce n° 88 Khi2 = 36 uci n° 1 : *art_1 *K_4

“(…) (a) informação e (estímulo) (a) sua (participação), (a) presença (do) (acompanhante), (o) clampeamento

tardio (do) (cordão) (umbilical), (o) (ambiente) adequado (com) luminosidade, sonoridade e (temperatura) agradáveis.” uce n° 11 KHi2 = 25 uci n° 1: *art_1 *K_4

A Classe 1 – Cuidados de saúde materna e neonatal é a classe em que o seu núcleo também se cruza com todas as outras classes, sendo a classe que apresenta uma relação mais próxima com a Classe 3 (Ferramentas para segurança na assistência), sendo as suas palavras principais com raiz em lista, verific+, trabalhadores, program+. Verificamos que os cuidados prestados devem seguir padrões de qualidade e segurança e com a alteração de práticas resultou também uma diminuição da taxa de morte fetal, tal como se comprova pelo referido nas UCE da Classe 1 (Cuidados de saúde materna e neonatal):

“(…) 18 (meses) (apos) a (introdução) e (avaliação) (períodos) (iniciais). (um) seguimento a este (estudo) (piloto) agora esta sendo organizada (para) (avaliar) o uso (lista) de (verificação) e (adesão) a (práticas) (essenciais) mais de 12 (meses) (apos) o inquérito (inicial).” uce n° 380 KHi2 = 59 uci n° 4: *art_4 *K_1

“(…) (neste) (estudo), a (OMS) seguro Childbirth (Checklist) (foi) o componente central de (um) (programa) de (implementação) com (base) em (um) modelo de (mudança) (bem) descrita (realizado) (pela) (administração) do (hospital) e os (líderes) (clínicos)” uce n° 343 KHi2 = 42 uci n° 4: *art_4 *K_1

“(…) (uma) redução no (prática) tradicional de (administração) de (antibióticos) (apos) o (nascimento) (para) todos os episiotomia. Reconhecemos que (uma) (lista) de (verificação) de papel (simples) (por) (si) so e pouco provável que resulte em (mudança) de (comportamento) duradoura” uce n° 347 KHi2 = 26 uci n° 4: *art_4 *K_1

“(A) taxa de morte fetal mostrou (uma) tendência de declínio (apos) a (introdução) do (programa) de (Checklist). (neste) (estudo) (piloto), (um) romance (programa) de segurança parto (baseado) em (lista) de (verificação) levou a (um) (aumento) acentuado na entrega de (práticas) (essenciais) de parto relacionadas com melhores resultados (maternos), fetais e recém-nascidos.” uce n° 326 KHi2 = 25 uci n° 4: *art_4 *K_1

Finalmente a Classe 2 – Determinantes na segurança em obstetria, aparece como a menos representativa nesta análise realizada pelo *Software* Alceste, mas que se obteve na primeira divisão da CHA. Nesta classe o seu núcleo não se cruza com nenhuma outra classe, no entanto não é por esse facto que a sua importância é diminuta, visto que as suas principais palavras têm como raiz, unidade, diferença, significativa e grande. Nesta classe verificamos que as características de unidades onde ocorrem os partos estão relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados obstétricos praticados:

“O (risco) de (mortalidade) (neonatal) (precoce) foi (maior) (no) (pequenas) (unidades), (mas) (não) (houve) (diferenças) (estatisticamente) significativos na (população) de (baixo) (risco). (contudo), quando o pré (termo) e (varias) (entregas) foram (incluídos), (houve) (menos) (natimortos) em que a (grande) (no) (medio) (porte) das (unidades) odds ratio, (OR), 0, 74.” uce n° 417 KHi2 = 96 uci n° 5: *art_5 *K_2

“Havia (taxas) (significativamente) (mais) (baixas) de fratura (unidades) fratura da (clavícula) (no) (grande) do que (nas) de (medio) (porte), (OR), 0, 50; (IC) 95, 0, 33 0, 75, (mas) (não) (diferenças) (estatisticamente) (significativas) foram (observadas) na (taxa) de (paralisia) de (erb).” uce n° 432 KHi2 = 78 uci n° 5: *art_5 *K_2

“O (risco) para a (paralisia) de (erb) e fratura do (clavícula) (era) (menor) (nas) (maiores) (unidades). Havia (menos) internações (longas) de (recém) (nascidos) na (pequena) do que (nas) (unidades) (maiores).” uce n° 439 KHi2 = 66 uci n° 5: *art_5 *K_2

“(…) (alem-disso), as (pequenas) (unidades) (relatada) uma (taxa) (mais) (baixa) de (ph) (arterial) cabo de 7, 10. (paralisia) de (erb) e fratura do (clavícula) (eram) (menos) propensos a ocorrer (nas) (unidades) (grandes) do que em (unidades) de (tamanho) (medio).” uce n° 422 KHi2 = 55 uci n° 5: *art_5 *K_2

Após a análise dos resultados dados pelo *Software*, verificámos que a segurança da doente em obstetria está relacionada com a dotação do número de enfermeiros em cada unidade de saúde, com a qualidade dos cuidados prestados e aqui é dada importância às grandes unidades, ou seja, unidades onde são praticados mais partos e onde a experiência é maior para situações mais complexas. Também para a qualidade e segurança dos cuidados é tida em conta o ambiente terapêutico da unidade de cuidados, assim como a utilização de instrumentos que ajudem na verificação dos cuidados prestados e ajudem a prevenir complicações.

Todos estes aspetos são de incomensurável importância para se alcançar cuidados em obstetria de qualidade e com segurança, indo ao encontro das metas definidas pela OMS para aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Para finalizar esta análise apresentamos a nuvem de palavras destes artigos na figura 5 em que a palavra central é parto, ou seja o grande objetivo é que a gravidez termine num parto de qualidade e seguro. A importância das palavras é de acordo com o seu tamanho apresentado na nuvem.



Figura 5 – Nuvem de palavras

Fonte: Iramuteq

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho procuramos compreender qual a importância que é dada à segurança da doente em obstetrícia a nível da literatura científica na forma de artigo.

Os artigos analisados são de origem Brasileira (3), Portuguesa (1), Australiana (1) e Finlandesa (1), o que podemos concluir que a nível do nosso país ainda é um assunto que indicia pouco interesse. No entanto tal como verificámos na revisão da literatura é preocupante o número de partos por cesariana assim como o número de outros procedimentos que são realizados por rotina e não de acordo com as necessidades do momento.

Esperamos que este trabalho venha de alguma forma alertar para práticas que poderão ser facilitadoras de cuidados de qualidade e com segurança para as mulheres nesse momento tão importante das suas vidas, nomeadamente a utilização do partograma e da *Checklist* de Parto Seguro. A *Checklist* de Parto Seguro no nosso país necessita de ser implementada e de ser monitorizado o seu impacto na prevenção de complicações materno-fetais e assim obter mais um instrumento para que se obtenham cuidados de enfermagem com qualidade e com a segurança definida na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) da OMS e atingir o seu objetivo primordial, o de instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde e reduzir a incerteza, aumentando o conhecimento perante as situações complexas com que a equipa se depara no dia-a-dia.

Sabemos que é difícil incutir mudanças nas equipas e mesmo nas instituições, é, portanto, necessário implementar uma mudança na cultura dos cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, prestados nas nossas instituições de saúde, sendo este o último pilar a vencer em qualquer iniciativa de segurança (Fragata, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011). Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Boletim Informativo. 1 (1): Jan-Jul. Brasília. Acedido em 29/11/2015. disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7f2c20804863a1d88cc88d2b5d3b3c0f/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>
- Ayres de Campos, D et al (s/d). Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P. Acedido em 21/12/2015. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf
- Camargo, B.V. (2005). «Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, in Moreira, A.S.P.; Camargo, B.V.; Jesuino, J.C.; Nóbrega, S.M. (organizadores), Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais, capítulo 17, pp. 511-539, Editora Universitária – UFPA, Brasil. Acedido em 19/07/2013. Disponível: http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf
- Carmo, H.; Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- DGS (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde. Acedido em 28/04/2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/programanacional-deacreditacaoemsaude.pdf>
- Dornfeld, D., & Rubim Pedro, E. N. (2015). The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Investigação & Educação em Enfermagem*, 33(1), 44-52. Acedido em 19/07/2015. Disponível: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ce3c9e9a-aec4-4621-b846-0823b7799afa%40sessionmgr112&hid=105>
- Fragata, J (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel
- Marcolin, AC (2015). Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(10), 441-445. Acedido em 19/07/2015. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320150005472>
- Nascimento, A.R.A.; Menandro, P.R.M. (2006). «Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada». *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 6, nº 2, 2º semestre Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pp.72-88. Acedido em 23/11/2015. Disponível em: <http://www.revistaspsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>
- OCDE (2013a). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. Acedido em 23/11/2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- OCDE (2013b). "Gynaecologists and obstetricians, and midwives", in *OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Acedido em 23/11/2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-25-en
- OCDE (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Acedido em 23/11/2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Oliveira, JCM; Moutinho, JCMS; Porto, RA & Bucarecky, I (2014). *Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. ANVISA: Brasília*. Acedido a 26/11/2015. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/236.pdf>
- OMS (2004). *Patient safety*. Acedido em 21/12/2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>
- OMS (2011). *Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report.* Traduzido pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. DGS. Acedido em 21/12/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigos=5521&back=1&codigono=001100510133AAAAA>
- OMS (2013). *Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview*. OMS: Geneva. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/Checklist_s/background_document.pdf?ua=1
- OMS (2015). *Patient safety: The WHO Safe Childbirth Checklist*. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/Checklist_s/childbirth/en/
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Newsletter. 56/Nov*. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/Newsletter/Detalhe.aspx?ID=344>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Dados Estatísticos a 31-12-2014*. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: http://www.ordenenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf
- Pordata (2015). *Cesarianas nos hospitais (%)*. Acedido em 27/12/2015. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)
- Pordata (2015). *Partos: total e em Estabelecimentos de saúde*. Acedido em

27/12/2015. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+-total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>

Portugal (2015). Ministério da Saúde. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, p 3882-(2)-3882-(10). Acedido em 28/03/2016. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Pyykonen, A; Gissler, M; Jakobsson, M; Petaja, J & Tapper, A-M (2014). Determining obstetric patient safety indicators: the differences in neonatal outcome measures between different-sized delivery units. BJOG;121:430-437. Acedido a 29/11/2101. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12507/epdf>

Santos de Freitas, MJB & Parreira, PMD (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Revista De Enfermagem Referência, (10), 171-178. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vse-rlin10/serlin10a20.pdf>

Sousa, A.B. (2009). Investigação em educação. 2ª Edição, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. (2012). Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e neonatal: estudo prospetivo piloto do programa Checklist Parto Seguro OMS. PLoS ONE 7 (5): e35151. Acedido em 29/11/2015. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0035151>

Vasconcelos, KL; Martins, CA; Vieira de Mattos, D; Tyrrell; MAR; Bezerra, ALQ & Porto, J (2013). Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(2):619-234. Acedido em 29/11/2015. DOI: 10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.07022013

WEBSITES

<http://www.ers.pt/pages/218>
<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal>
<http://proqualis.net/indicadores-de-gineco-obstetr%C3%ADcia-0>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199179/1/WHO_HIS_SDS_2015.26_eng.pdf
<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/>

Parentalidade positiva na grávida/mãe adolescente: intervenções do EESMO

Positive parenting in adolescent mother/pregnant: Midwife's interventions

Parentalidad positiva en la embarazada / madre adolescente: intervenciones de una Matrona

Débora Cabá de Almeida¹, Joana Teixeira Fernandes², Maria de Jesus Maceiras³

RESUMO

A adolescência tal como a gravidez são períodos de adaptação e reorganização. A gravidez e maternidade nesta faixa etária continua a constituir uma preocupação, pelos riscos inerentes tanto para a grávida como para o recém-nascido. O processo transitório das grávidas/mães adolescentes para a parentalidade irá obrigar as mesmas a adaptarem-se a um novo estatuto, acarretando novas responsabilidades. Deste modo, compreende-se que o sucesso de uma boa transição irá promover uma parentalidade positiva.

O objetivo geral desta revisão sistemática é refletir acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) promotoras da parentalidade positiva na grávida/mãe adolescente.

Metodologicamente foi utilizado o método PII[C]OS e definida a questão de investigação *Quais as intervenções do EESMO (I) promotoras da parentalidade positiva (O) na grávida/mãe adolescente (P)?* Os resultados foram alcançados através da leitura na íntegra dos artigos encontrados nas bases de dados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão selecionados. Deste modo, a amostra é constituída por 6 artigos, publicados entre Janeiro de 2011 e Março de 2016.

Constatou-se que os programas de parentalidade proporcionam apoio emocional e suporte para as jovens grávidas e mães, promovendo a sua aceitação e preparando-as para o novo papel de mãe. O EESMO é o profissional que irá facilitar a transição para a parentalidade, uma vez que tem conhecimentos e competências que permitem fornecer apoio emocional, social e promover comportamentos saudáveis, contribuindo para a autonomia das grávidas/mães e a saúde dos seus filhos.

Palavras-chave: Grávida; adolescente; parentalidade; enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.

ABSTRACT

Adolescence, like pregnancy, is an adaptation period that need readjustment. Adolescent pregnancy and maternity continues to concern health professionals because of the associated risk for mother and baby. The transitions to parenting forces adolescent mothers and pregnant do adjust to new role with new responsibilities. This way, we recognize that the successful of a good transition might promote a positive parenting.

The aim of this systematic review is to reflect about the midwife's interventions that promote positive parenting in adolescent mothers or pregnant. We use PII[C]OS method and defined the investigation question: Which are the midwife's (I) interventions that promote positive parenting (O) in adolescent mother/pregnant (P)? The results were got by integral reading of articles found in data base, according with selected inclusion and exclusion criteria. So, data include 6 articles, published between January 2011 and March 2016.

The parenting programs provide emotional support and caring for young mothers and pregnant, promoting acceptance and preparing them to the new mother role. Midwife is the right professional to facilitate this transition, because of her knowledge and competence to provide support and promote healthy behaviors over pregnancy and after labor, contributing to mother and pregnant autonomy and them child health.

Key-words: Pregnant; Adolescent; Parenting; Midwife;

¹ Enfermeira Especialista em ESMO, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;

² Enfermeira Especialista em ESMO, Maternidade Dr. Alfredo da Costa;

³ PhD, Professora Adjunta da ESS da Cruz Vermelha Portuguesa;