

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES

Mestrado Profissional em Saúde Pública

SILVÂNIA REGINA BARBOSA PEREIRA SANTOS

GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO

MATerno-INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS

ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM

Recife

2020

SILVÂNIA REGINA BARBOSA PEREIRA SANTOS

GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO

MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS

ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientador: Dr. Alexssandro da Silva

Recife

2020

SILVÂNIA REGINA BARBOSA PEREIRA SANTOS

**GOVERNANÇA CLÍNICA E CUIDADO SEGURO MATERNO-INFANTIL: UMA
ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovado em: 28/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Aggeu Magalhães

Prof^a. Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros
Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Aggeu Magalhães

Prof. Dr. James Anthony Falk
Centro Universitário Boa Viagem / WYDEN Brasil

A minha família, em especial a Vicente, meu esposo;

a Matheus e Gabriel, meus queridos filhos

e a meus pais, Maria e Florentino.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre.

A meu querido esposo Vicente, por estar sempre ao meu lado, e sempre com muito carinho e paciência me dando força.

Aos meus filhos Matheus e Gabriel, pelo apoio, compreensão e carinho em todos os momentos da minha vida, me impulsionando em todos os meus projetos.

A meus pais, Maria Barbosa e Florentino Pereira, por terem lutado sempre para que eu tivesse acesso a uma educação de qualidade, torcendo e orando sempre pelo meu sucesso, minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos e irmãs, em especial a Ana Ediléia e Welda Dayse, pela amizade, carinho e disponibilidade em ajudar em todos os momentos desta trajetória.

A minha cunhada, Maria da Conceição, pelo apoio e entusiasmo em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, por me apoiar e orientar sempre, pois acreditou e confiou no meu trabalho, fazendo dos momentos de orientação sempre valiosos e com grande crescimento acadêmico.

Ao meu coorientador Dr. Alexssandro da Silva, pela simplicidade, incentivo, carinho e disponibilidade. Sempre muito cuidadoso e com orientação acertada, deixando-me tranquila e confiante em todo o decorrer do trabalho.

A Prof^a. Dr^a Kátia Rejane de Medeiros, pela sua disponibilidade em sempre me ajudar, incentivando e orientando de maneira edificante todos os trabalhos.

A Prof^a. Dr^a Ana Lúcia Brito, presente na banca de qualificação, pela atenção e carinho que acolheu o convite e por suas contribuições para o aperfeiçoamento do estudo.

Aos professores Dr. James Anthony Falk e Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros, pela disponibilidade e aceitação do convite para colaborar em minha banca de defesa.

A todos os meus colegas do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública (Turma 2020) pelo apoio e incentivo, por serem uma verdadeira família acadêmica.

Aos membros do Grupo de Pesquisa de Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS), pela solidariedade e incentivo.

A doutoranda Letícia Catão, por confiar neste trabalho e me ajudar na aplicação dos questionários.

A toda equipe da Secretaria Acadêmica, em especial a Semente, por sempre, de forma significativa, ter me ajudado na condução da minha vida acadêmica, mantendo-a atualizada de acordo com o Regimento Interno do Instituto Aggeu Magalhães.

A toda equipe da Secretaria do Departamento de Saúde Coletiva (NESC), em especial a Nalvinha, por me ajudar nos agendamentos de orientação e documentos, com muito carinho me incentivando sempre.

A toda equipe da Biblioteca, em especial a Márcia, por estar sempre disponível para me ajudar nas pesquisas bibliográficas e nas padronizações previstas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A então Diretora e Coordenadora de Enfermagem da Policlínica Arnaldo Marques, bem como a Secretaria de Saúde do Recife, por valorizarem a aquisição do conhecimento e me concederem a liberação para estudar.

A Oneide Juclândia, gerente de enfermagem da Unidade de Recuperação Cardiotorácica do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (UPE), pelo incentivo e liberação para realização do curso em momentos críticos.

Aos meus colegas de plantão, pela solidariedade em minhas ausências e por compartilharem comigo mais uma conquista.

A equipe de profissionais, gestores, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, das maternidades Arnaldo Marques, Bandeira Filho, Barros Lima e Hospital da Mulher, pela liberação, acolhimento e disponibilidade em participar deste projeto de pesquisa.

A todos que estiveram presentes, direta ou indiretamente, pela confiança e apoio durante a realização da pesquisa.

“... o segredo da qualidade é o amor.
Você tem que amar seu paciente, você tem que
amar sua profissão, você tem que amar seu Deus.
Se você tem amor, pode trabalhar para trás para
monitorar e melhorar o sistema. ”

Avedis Donabedian

SANTOS, Silvânia Regina Barbosa Pereira. **Governança clínica e cuidado seguro materno-infantil**: uma análise das atribuições de enfermagem. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

A busca pelo cuidado seguro, nas instituições hospitalares ao redor do mundo, tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Na assistência materno-infantil, existe a necessidade de garantir cuidado seguro à mãe e a criança, e para isso se faz necessário adotar métodos que direcionem cientificamente os gestores e profissionais de saúde para a tomada de decisão visando melhorar os padrões de segurança na oferta de serviços hospitalares. Objetivo: analisar a segurança do paciente materno-infantil, de acordo com as atribuições de enfermagem, nas maternidades públicas sob gestão municipal na Cidade do Recife. Método: pesquisa quantitativa tipo *survey*, com amostragem por conveniência e abordagem baseada em diagnóstico organizacional. A amostra foi composta por enfermeiros, enfermeiros obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem, nos setores de acolhimento com classificação de risco, emergência obstétrica, sala de parto e alojamento conjunto. O universo da pesquisa foi de 358 profissionais, alcançando uma taxa de resposta de 97,51%. Para análise foi utilizado o modelo decisório de 'sobreposição de lentes', que utiliza distintos ângulos de análise relacionadas as dimensões da governança clínica, direcionando a tomada de decisão para investimentos e ações na garantia do cuidado seguro. Resultados: na percepção do corpo de enfermagem, as dimensões da governança clínica com percentual mais elevado de preferências foram 'responsabilidade', 'segurança do cuidado' e 'promoção da qualidade', com índices de vergência mais acentuado na Maternidade Buarque de Macedo (135,1) e menos acentuado na Duarte Coelho (88,6). Conclusão: evidenciaram-se que o resultado pode ser utilizado para orientar a tomada de decisão dos gestores para a assistência segura e de qualidade a partir da utilização do modelo decisório capaz de revelar um panorama que pode ser usado para melhorar os processos de governança sobre a implementação de ações para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

Palavras-Chaves: Governança Clínica. Segurança do Paciente. Enfermagem Materno-Infantil. Tomada de Decisões.

SANTOS, Silvânia Regina Barbosa Pereira. **Clinical governance and safe maternal and child care: an analysis of nursing attributions.** 2020. Dissertation (Master Professional of Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

The search for safe care in hospital institutions around the world has become a priority issue in the health area. In maternal and child care, there is a need to ensure safe care for the mother and child, and for that it is necessary to adopt methods that scientifically guide health managers and professionals for decision making in order to improve safety standards in the provision of hospital services. Objectives: to analyze the safety of maternal and child patients, according to nursing duties, in public maternity hospitals under municipal management in the city of Recife. Methods: quantitative research type survey, with convenience sampling and an approach based on organizational diagnosis. The sample was composed of nurses, obstetric nurses, technicians and nursing assistants, in the reception sectors with risk classification, obstetric emergency, delivery room joint accommodation. The universe of research was 358 professionals, reaching a response rate of 97.51%. For analysis, the 'lens overlay' decision model was used, which uses different angles of analysis related to the dimensions of clinical governance, directing decision making for investments and actions in guaranteeing safe care. Results: in the perception of the nursing staff, the dimensions of clinical governance with the highest percentage of preferences were 'responsibility', 'care safety' and 'quality promotion', with more pronounced vergence rates at the Maternidade Buarque de Macedo (135.1) and less accentuated in Duarte Coelho (88.6). Conclusion: it became evident that the result can be used to guide managers' decision-making towards safe and quality care based on the use of the decision-making model capable of revealing a panorama that can be used to improve governance processes on the implementation of actions to ensure the safety of maternal and child patients.

Keywords: Clinical Governance. Patient Safety. Maternal-Child Nursing. Decision Making.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Percurso analítico do conceito-síntese de governança clínica a partir da identificação dos conteúdos e suas classificações.	26
Quadro 1 -	Critérios baseados nas atribuições dos profissionais de enfermagem com base no manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia - A&CR, Rede Cegonha, 2014.	40
Figura 2 -	Modelo Decisório de Sobreposição de Lentes.	43
Figura 3 -	Sobreposição de Lentes.	44
Figura 4 -	Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.	54
Figura 5 -	Matriz Decisória - Lente 5 - Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.	56
Figura 6 -	Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.	61
Figura 7 -	Matriz Decisória - Lente 5 - Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.	63
Figura 8 -	Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019.	67

- Figura 9 - Matriz Decisória – Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019. 69
- Figura 10 - Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019. 75
- Figura 11 - Matriz Decisória - Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019. 77
- Figura 12 - Matrizes Decisórias – Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes -Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - nas Maternidades Maurício de Nassau, Buarque de Macedo, Santa Isabel e Duarte Coelho, Recife, 2019. 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição por tipo de profissional e maternidade de acordo com o universo (U) da pesquisa, Recife, 2019.	39
Tabela 2 -	Distribuição por maternidades e tipo de profissional de acordo o universo (U) e taxa de resposta (%), Recife, 2019.	48
Tabela 3 -	Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.	51
Tabela 4 -	Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Mauricio de Nassau quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.	52
Tabela 5 -	Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.	58
Tabela 6 -	Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Buarque de Macedo quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.	59
Tabela 7 -	Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019.	65
Tabela 8 -	Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Santa Isabel quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.	66
Tabela 9 -	Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019.	72
Tabela 10 -	Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Duarte Coelho quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
GERES	Gerência Regional de Saúde
GSS	Governança de Sistemas e Serviços de Saúde
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados da Saúde
ICPS	International Classification for Patient Safety
IESS	Instituto de Estudo de Saúde Suplementar
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
MCDA	Análise de Decisão Multicritério
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROMETHEE	Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	24
4.1 Governança clínica	24
4.2 Segurança do paciente e o processo de acreditação hospitalar	27
4.3 Políticas governamentais no Brasil na assistência materno-infantil	32
4.4 Tomada de decisão e modelo decisório	34
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
5.1 Localização do estudo	37
5.2 Período do estudo	37
5.3 População do estudo	38
5.4 Coleta dos dados	39
5.5 Análise dos dados	41
5.5.1 1ª Etapa: Diagnóstico Organizacional	41
5.5.2 2ª Etapa: Aplicação das lentes da gestão, da ciência e da técnica	41
5.5.3 3ª Etapa: Análise dos Resultados	44
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
7 RESULTADO	47
7.1 Maternidade Maurício de Nassau	49
7.2 Maternidade Buarque de Macedo	57
7.3 Maternidade Santa Isabel	64
7.4 Maternidade Duarte Coelho	71
7.5 Análise Comparativa	78
8 DISCUSSÃO	82
9 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA ENFERMEIRO	98

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA ENFERMEIROS OBSTETRAS	99
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM	100
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101
APÊNDICE E – PROJETO DE INTERVENÇÃO	102
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE VÍNCULO AO MACROPROJETO.....	107
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – PLATAFORMA BRASIL... 	108
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA.....	109

1 INTRODUÇÃO

A busca pelo cuidado seguro nas instituições hospitalares ao redor do mundo tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Os desafios são inúmeros para o enfrentamento da causa multifatorial dos eventos adversos que se conjugam para a produção de danos ao paciente (MARTINS *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2014).

Os processos técnicos e organizacionais em saúde são complexos e requerem por parte dos gestores planejamento para a tomada de decisão. A governança clínica traz a segurança do paciente como um dos pilares para gerenciamento na qualidade do serviço, alicerçada pela responsabilidade compartilhada, em processos que dão autonomia, controle e autoridade sobre a prática assistencial (BENNETT *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2015; VEENSTRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, não podemos mais ignorar a real possibilidade na prestação do cuidado seguro, principalmente em um momento tão delicado como a maternidade. Existe a necessidade de garantir cuidado seguro à mãe e a criança, e para isso se faz necessário adotar métodos que direcionem cientificamente os gestores e profissionais de saúde para a tomada de decisão visando melhorar os padrões de segurança na oferta de serviços hospitalares.

No enfrentamento aos desafios para melhoria da qualidade na assistência, e conseqüentemente redução de danos evitáveis ao paciente, torna-se necessário uma análise sistemática das causas que levam aos eventos adversos. O conceito de evento adverso (EA) constitui um dano causado pela assistência à saúde e não pela patologia de base. Não existe evento adverso sem dano, mesmo um dano ou lesão momentânea ou a ausência de seqüela, não o excluem. O dano, consequência de um erro no cuidado, pode levar à diminuição da sobrevivência do paciente (MARTINS *et al.*, 2011).

A saúde pública enfrenta inúmeros desafios, sobrevivendo com dificuldades estruturais e escassez de investimentos, o que provoca uma ameaça grave à saúde da população, principalmente as mais vulneráveis. Dessa forma é imprescindível compreender o “se”, “por que”, “como”, e “quanto”, os pacientes sofrem danos oriundos dos serviços de saúde, com a finalidade de adotar ações corretivas eficazes e eficientes (WILSON *et al.*, 2012).

Os índices de óbitos decorrentes de eventos adversos são alarmantes. Segundo Macedo (2016), no mundo cerca de 400 mil pacientes morrem anualmente em decorrência de EA, além de que 2 a 4 milhões de EA geram consequências graves a saúde do paciente. De acordo com os mesmos dados, a criança hospitalizada tem cerca de três vezes mais probabilidade de sofrer danos.

No Brasil, um levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2016) mostra que até 829 brasileiros morrem por dia em decorrência de situações que poderiam ter sido evitadas, estimando que possa chegar a aproximadamente três mortes a cada 5 minutos. As causas evitáveis, de acordo com o estudo, seriam principalmente erros de dosagem de medicamentos, uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar. O estudo aborda ainda que as maiores vítimas são bebês com menos de 28 dias e idosos com mais de 60 anos. Além de sugerir que a assistência hospitalar no Brasil é um sério problema de saúde pública e, para mudança desse quadro, não se faz necessário demasiada complexidade tecnológica.

A morte materna é um EA grave, pois a gestação e o parto são processos fisiológicos e as intervenções devem ser cuidadosamente avaliadas em termos de riscos e benefícios para a mãe e o bebê. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2012), a mortalidade materna encontra-se em patamares extremamente elevados, chegando à frequência de 800 mulheres mortas por dia. Os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento são os mais afetados, o que traduz a inequidade no acesso às organizações da saúde, revelando o contraste entre os ricos e pobres.

De acordo com Sousa e Mendes (2014), a morbimortalidade como EA é também de grande gravidade, mesmo não trazendo risco de morte para a mãe. No entanto, representa danos importantes durante a gravidez, parto e puerpério, tais como: hemorragia pós-parto, ruptura uterina, infecções puerperais, eclampsia, além de danos provocados por quedas, medicamentos e transfusões sanguíneas, trazendo complicações para a vida sexual e reprodutiva da mulher. Estudos apontam ainda que a morbimortalidade materna e perinatal estão diretamente relacionadas à baixa qualidade na assistência e que, apesar dos esforços, os impactos não foram suficientes para diminuir de forma efetiva os indicadores de mortalidade por causas evitáveis (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Em estudos realizados por Martins *et al.* (2011) através de revisão de prontuários em hospitais de ensino no Rio de Janeiro, constatou-se a prevalência de

eventos adversos, além da associação de eventos adversos evitáveis a danos sérios e irreversíveis, podendo chegar a morte. Nesta pesquisa, cerca de 10% da incidência de eventos adversos estariam relacionados à assistência hospitalar, e estima-se que 4,4% a 20,8% dos eventos adversos levem à morte do paciente. O estudo indicou ainda que 34% das mortes entre pacientes estariam associadas a um EA, onde os casos envolvendo eventos adversos evitáveis representaram 26,6% das mortes. Foram incluídos no estudo casos obstétricos, devido à evolução ascendente da taxa de mortalidade materna no Brasil. Conseqüentemente afirma que eventos adversos são um grave problema no sistema de saúde, e aponta a questão da segurança do paciente como prioridade para a qualidade na assistência hospitalar.

A multicausalidade dos eventos adversos conduz à necessidade de explorar diretrizes organizacionais tanto no campo gerencial quanto no campo assistencial (AMAYA, 2009). Identificando as reais necessidades na prestação do cuidado com a finalidade de minimizar os danos aos pacientes, passamos a atuar preventivamente com capacidade de intervenção, caracterizando e corrigindo falhas latentes.

Gestores, pesquisadores e profissionais de saúde devem compreender os EAs, analisar, e através da aplicação de protocolos, intervir na tentativa de minimizar os riscos à saúde. Métodos simples precisam ser elaborados e testados, de forma que se possa conhecer, monitorar e evitar os incidentes, evitando danos e prejuízos, tanto físicos, quanto emocionais e financeiros aos pacientes, como também aos profissionais implicados na assistência à saúde, por provocar problemas diversos, como estresse emocional e punições éticas (MENDES *et al.*, 2013).

Segundo Wachter (2013), a valorização do cuidado seguro deve ser primordial, principalmente nos hospitais, pela sua elevada complexidade e o alto grau de risco aos pacientes, num momento em que buscam a resolução do seu problema de saúde. As unidades hospitalares possuem complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos, possibilitando elevada probabilidade do erro acontecer. Mas, apesar das organizações de saúde serem sistemas complexos, as dificuldades de mensuração, muitas vezes renegadas pela gestão, se dão principalmente em coisas simples e elementares, tal como a relação paciente-profissional, imprescindível para a saúde de alta qualidade (VEENSTRA *et al.*, 2017).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da saúde, objetiva melhorar a qualidade do cuidado em saúde por meio da implantação de metas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013, 2014). As metas implementadas no Brasil são primordiais para alcance do cuidado seguro, mas se faz necessário uma compreensão organizacional hospitalar, com mudança cultural dos profissionais, através do aprendizado a partir de erros. É imprescindível a melhora na comunicação entre os profissionais baseada na confiança mútua entre a gestão, assistentes e colaboradores, reconhecendo a importância da governança institucional para aprimorar o processo de trabalho e reduzir a ocorrência de falhas na assistência (REIS, 2017).

Considera-se que mesmo havendo interesse de diversos organismos mundiais dentro do serviço para a promoção do cuidado seguro, fatores estruturais prejudicam a garantia da segurança do paciente. Dentre as circunstâncias que influenciam a ocorrência de EA durante a assistência ao paciente, constam o dimensionamento de pessoal inadequado, a sobrecarga de trabalho, o estresse, a formação deficiente, a má remuneração e a cultura organizacional voltada à resistência às mudanças (OLIVEIRA *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2017).

Na perspectiva de propor encaminhamentos para desenvolvimento de uma assistência materno-infantil segura, a pesquisa priorizou o processo de trabalho da equipe de enfermagem, por serem os profissionais a desempenhar as funções do cuidado mais próximas ao paciente e pela sua relevância na tomada de decisão dentro de uma instituição hospitalar.

Assim, no intuito de identificar se as instituições estão colocando em prática os protocolos clínicos governamentais preconizados para as maternidades obstétricas e a responsabilidade dos profissionais de enfermagem quanto a sua aplicabilidade, isto é, se os protocolos estão de fato sendo aplicados para a efetividade da assistência prestada, e conseqüentemente redução de dano ao paciente materno-infantil, buscou-se responder as seguintes perguntas condutoras:

- a) Como são aplicadas as atribuições de enfermagem para a segurança do paciente materno-infantil nas maternidades públicas municipais da Cidade do Recife?

- b) Quais atribuições de enfermagem deverão ser priorizadas em investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil nas maternidades públicas municipais da Cidade do Recife?

Partiu-se da hipótese que as instituições, apesar de apresentarem-se guiadas pelas diretrizes do Manual da Rede Cegonha, como hospitais certificados Amigo da Criança, seus gestores não tomam decisões para aplicação de recursos, na garantia do cuidado seguro, seguindo modelos criteriosos baseados em evidências científicas.

Desta forma, existe a necessidade de desenvolver estudos que orientem a tomada de decisão e direcionem investimentos e ações para a segurança do paciente materno-infantil, aspecto que justifica este estudo. Objetivou-se, assim, analisar a segurança do paciente materno-infantil, de acordo com as atribuições de enfermagem, nas maternidades públicas sob gestão municipal na Cidade do Recife.

2 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento de estratégias para garantir o cuidado seguro nas instituições de saúde deve ser uma meta organizacional, visando melhorar as relações de trabalho entre a gestão e a equipe multiprofissional, tendo como finalidade primordial a redução de danos evitáveis ao paciente. Isso significa incorporar sistema de avaliação e monitoramento eficazes, através de padronização de processos integrados e específicos, reorganizando as competências a serem desempenhadas na garantia da segurança do paciente e, conseqüentemente, da confiabilidade na assistência.

Segundo Oliveira *et al.* (2014), a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado. Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente.

O estudo servirá de instrumento para o planejamento de estratégias do cuidado seguro dentro das maternidades da Cidade do Recife, partindo do processo de trabalho relevante da equipe de enfermagem. E, a partir deste, sugerir que os gestores passem a adotar prioridades na tomada de decisão, estabelecendo compromissos e passando a coordenar de forma estruturada os protocolos, procedimentos e rotinas, na busca por uma assistência materno infantil mais efetiva, segura e eficiente.

A utilização do Modelo Decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil, baseado na 'sobreposição de lentes' para análise das melhores estratégias para o cuidado seguro nas maternidades da Prefeitura da Cidade do Recife, contribui como o ponto de partida para iniciar o planejamento para a tomada de decisão. Projetam-se assim, mudanças que possibilitem a intensificação de ações, visando à redução de danos evitáveis à mulher e à criança e constituindo num grande desafio aos gestores e profissionais de saúde. É importante que exista a consciência institucional que só é possível reconhecer e prevenir incidentes, se estes forem identificados e analisados, permitindo desta forma a construção de uma instituição que presta cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade.

A pesquisa sobre este tema é relevante para a instituição, por trazer uma abordagem avaliativa sobre questões emergentes da prática dos profissionais de enfermagem nos processos de segurança do paciente, relacionada com a estratégia organizacional nas dimensões da governança clínica. Contribui, dessa forma, para a utilização teórica dos conceitos e a sua aplicabilidade, a fim de favorecer a mudança de comportamento e diminuição de riscos de eventos adversos, no compromisso com a responsabilidade de uma maternidade segura.

3 OBJETIVOS

Os objetivos foram definidos em geral e específicos.

3.1 Objetivo geral

Analisar a segurança do paciente materno-infantil, de acordo com as atribuições de enfermagem, nas maternidades públicas sob gestão municipal na Cidade do Recife.

3.2 Objetivos específicos

- a) Realizar o diagnóstico situacional das atribuições de enfermagem;
- b) Identificar as atribuições de enfermagem de maior prioridade para segurança do paciente materno-infantil;
- c) Construir matrizes de priorização para investimentos e ações de melhoria da segurança do paciente materno-infantil baseado nas dimensões da governança clínica.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar melhor clareza ao marco conceitual o referencial foi dividido em: governança clínica; segurança do paciente e o processo de acreditação hospitalar; políticas governamentais no Brasil na assistência materno-infantil; tomada de decisão e modelo decisório.

4.1 Governança Clínica

O termo governança é bastante antigo, apresentando mudanças a partir do pós-guerra, a nível mundial. No Brasil, o conceito de governança ganha corpo a partir de reformas do Estado, na década de 90, constituindo um fenômeno estrutural de mudanças das políticas pública de saúde. Embora o governo continue atuando como ator central, um processo mais amplo transmite a ideia de participação na tomada de decisões, introduzindo uma mudança de pensamento e levando a inúmeros arranjos institucionais, alterando as relações dentro do setor saúde (BRESSER-PEREIRA, 2008).

Governança introduz a coordenação dos sistemas públicos, com naturezas distintas e objetivos conflitantes, a partir de espaços de pactuação, sem hierarquia, de forma horizontal. Sendo uma relação anárquica, anômala, com mudança na tomada de decisão, ocasionando mudança nas relações de poder. Na gestão existe a relação de obediência, de forma hierarquizada, na governança os diversos atores com seus interesses pactuam, determinando as relações. Tal estrutura remete a dificuldades na implementação de políticas públicas para a saúde porque enfraquece as relações institucionais, oriundas principalmente da resistência a mudanças (GURGEL; MEDEIROS, 1998).

Por esse motivo, a Governança Clínica assume um papel fundamental de conduzir de forma coesa para a mesma direção, médicos, pacientes, enfermeiros e todas as partes relacionadas, assegurando a sustentabilidade dos serviços hospitalares propiciando que o mesmo possa solucionar problemas assistenciais de forma mais eficiente.

Governança Clínica foi definida pela National Health Service (NHS), no Reino Unido, desde 1997, como estratégia de modernização no sistema de saúde. Desta

forma, as organizações mundiais de diversos países passam a adotar governança como responsável por melhorar a qualidade dos serviços e pela manutenção dos padrões de qualidade na assistência à saúde, criando ambientes em que a responsabilidade e responsabilização de forma transparente são imprescindíveis para a excelência no atendimento clínico (SILVA *et al.*, 2018). Compreendendo como princípio um conjunto de práticas a serem aplicadas a todo o sistema de saúde, no qual os profissionais são os principais responsáveis pela eficiência do cuidado prestado (GOMES *et al.*, 2015).

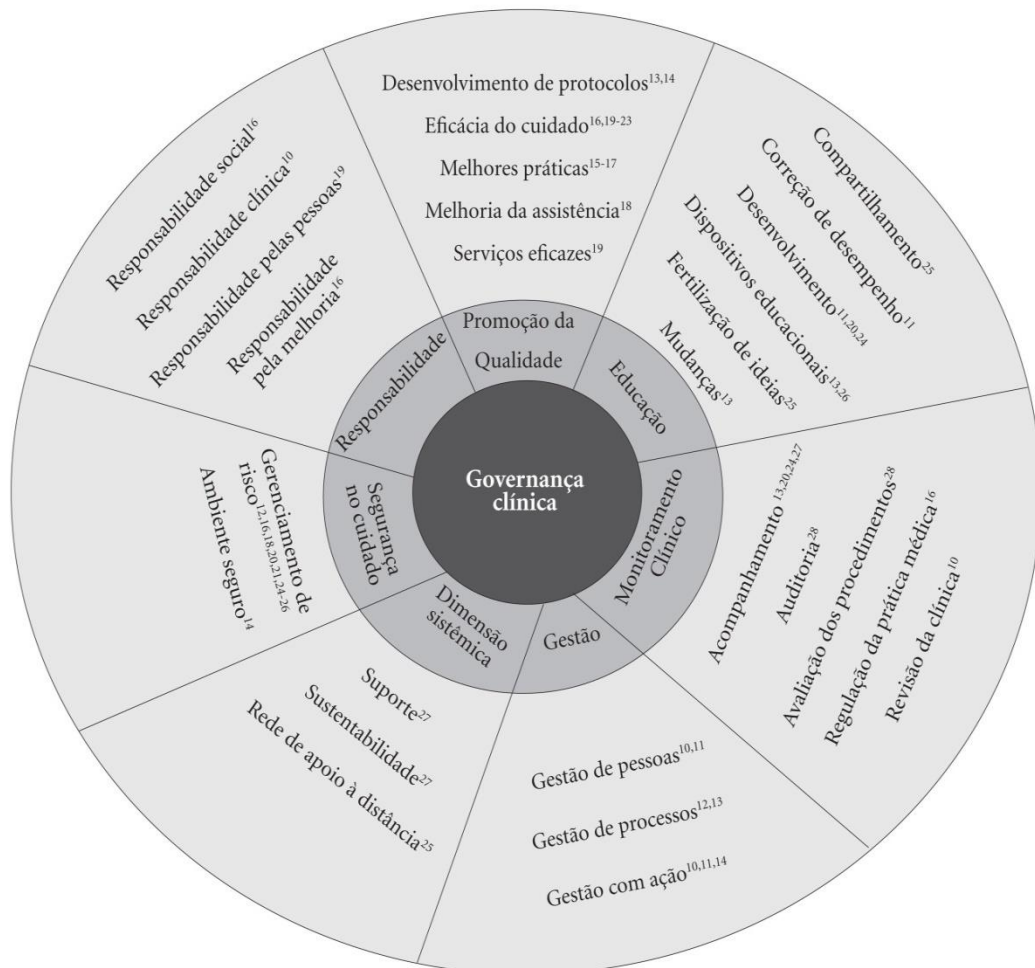
A responsabilização é o conceito chave que capta a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho. Isso significa que um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado para promover qualidade e impacto. Muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança, a ausência de incentivos e responsabilização que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população (BANCO MUNDIAL, 2007).

A qualidade clínica, apesar da multiplicidade de abordagens pela subjetividade do termo, apresenta aspectos que devem ser explorados, tais como: o desempenho técnico; a eficiência dos recursos; o gerenciamento de risco associado ao cuidado e a satisfação dos usuários. Para uma assistência qualificada esses aspectos devem ser fornecidos pela organização. A governança clínica desenvolve-se através da consolidação, sistematização e universalização desses aspectos, e para isso exigirá adotar princípios e métodos de melhoria contínua da qualidade, trazendo experiências, inclusive, de setores externos à saúde. O comprometimento da organização, com trabalho em equipe e foco no paciente na prevenção de EAs, melhora a qualidade, dado que a governança clínica repensa o processo de trabalho e exige aprendizado organizacional e individual (SCALLY; DONALDSON, 1998).

O uso de tecnologia de gestão passa a ser uma ferramenta para alcance das boas práticas, diminuindo os custos e proporcionando qualidade das ações de saúde. Estudo realizado por Gomes *et al.* (2015), através de uma revisão sistemática, explorou conceitos da gestão clínica no Brasil, categorizando e agrupando em dimensões da governança clínica (figura 1). As categorias conceituais foram agrupadas em sete dimensões: gestão, promoção da qualidade,

monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica.

Figura 1 - Percurso analítico do conceito-síntese de governança clínica a partir da identificação dos conteúdos e suas classificações.



Fonte: Gomes *et al.* (2015).

No estudo, a dimensão gestão tem como aplicação o direcionamento para a ação de transformação e alcance de resultados, através de aperfeiçoamento do desempenho profissional. A dimensão de promoção da qualidade aparece como foco central, indicando para resultados que justifiquem a qualidade das práticas clínicas. A dimensão de monitoramento clínico, identificado também como auditoria clínica, parte da necessidade de redefinir os processos de trabalho, com avaliação regular dos procedimentos operacionais, de forma a direcionar a melhoria de

desempenho, pois reconhece a natureza do erro. A dimensão da educação passa a corrigir o desempenho insuficiente, promovendo a melhoria da qualidade através da mudança de prática e de comportamento profissional, além do progresso contínuo do profissional. A dimensão da responsabilidade refere-se tanto ao serviço quanto ao próprio indivíduo, no sentido de 'ser responsável e ter compromisso' com garantia da aplicação de padrões que estimulem a excelência do cuidado. A dimensão segurança do cuidado, integrando sentidos de gerenciamento de risco e ambiente seguro, surge através da necessidade de melhorar os padrões relacionados à prática e planejamento em saúde, tanto considerando a perspectiva dos pacientes quanto dos profissionais, visto que evidencia-se a intensidade dos erros relacionado ao cuidado em saúde. E por fim, a dimensão sistêmica, como sétima dimensão da governança clínica, revela-se como apoio aos profissionais de enfermagem para a sustentabilidade da clínica, além do sentido de rede de apoio quando necessário.

O sentido polissêmico da governança clínica serviu de base para o desenvolvimento do modelo decisório descrito no método desta pesquisa, atuando juntamente com o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) obstétrico preconizado pela estratégia da Rede Cegonha.

4.2 Segurança do Paciente e o Processo de Acreditação Hospitalar

A melhoria dos resultados do cuidado à saúde repercute na diminuição da taxa de mortalidade além de influenciar na expectativa de vida. A partir da metade do século XX, no pós-guerra, surge a Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, com princípio de contínua melhoria de todos os processos, que posteriormente foram aplicados no setor saúde (GOMES, 2008; LORENZETTI *et al*, 2014)

Donabedian (1980, 2003) definiu qualidade como atributo de caráter multidimensional e subjetivo de acordo com os elementos que a constituem, o que pode levar a significados distintos para autores e diversos atores, tais como, pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais (GOMES, 2008). Em seu clássico trabalho ele classifica a avaliação de qualidade a partir de três abordagens: estrutura, processo e resultados. A avaliação de qualidade passa a ser definida como o julgamento a respeito do

processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados adequados.

O americano Institute of Medicine (IOM), em 1990, considera qualidade do cuidado em saúde como o grau em que a prestação dos serviços oferecidos ao paciente apresenta melhores resultados favoráveis, conforme o conhecimento científico. Assim, o ambiente de ajuste dos indivíduos a determinados padrões aplicados no cuidado à saúde enfatiza a garantia da qualidade e da segurança dos pacientes e profissionais na prestação de serviços (GOMES *et al.*, 2015).

Segurança, em linhas gerais, é conceituada como 'efeito de tornar seguro', uma condição necessária para assegurar risco baixo de danos eventuais a trabalhadores, ao público ou ao ambiente. Enquanto que, segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico. Já incidente, trata-se de um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, sendo que pode ser uma circunstância relatada, um quase erro, um incidente sem dano ao paciente ou um incidente com dano ao paciente, conhecido como evento adverso (MARTINS *et al.*, 2011).

E o risco é entendido como probabilidade de um incidente ocorrer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Para Bernstein (1996) o conceito de risco envolve quantificação e qualificação da incerteza, envolvendo 'perdas' como aos 'ganhos', com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações. Conseqüentemente o gerenciamento de risco apresenta aspectos amplos para a tomada de decisão (SOUZA *et al.*, 2014).

A segurança no cuidado à saúde apresenta foco nos erros na assistência em saúde. Os erros são atribuídos à organização hospitalar e aos profissionais envolvidos. Mas a complexidade do processo de trabalho nas instituições hospitalares dificulta o controle de todos os aspectos relacionados, levando os erros a serem inexoráveis, no entanto a maioria não causa dano ao paciente (GOMES, 2008). Os esforços devem ser rigorosos para que ele não aconteça, daí a importância de analisar os fatores humanos, além dos organizacionais. A abordagem de 'fatores humanos' concentra um componente humano em sistemas

sociotécnicos complexos. O modelo de acidentes organizacionais de Reason, desenvolvido a princípio em sistemas industriais complexos, foi adaptado para ambientes hospitalares, resultando num método de análise em cadeia de eventos que leva a um acidente ou evento adverso. Esse método implica as ações dos envolvidos, levando em consideração o contexto organizacional onde o incidente ocorreu (VICENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 2017).

As ações humanas e suas decisões implicam consideravelmente na ocorrência de acidente. Pode contribuir através de falhas ativas e falhas latentes. As falhas ativas dizem respeito às omissões inseguras cometidas por ações que levam a consequências adversas imediatas - piloto, controladores de tráfego aéreo, anestesistas, enfermeiros, cirurgiões, etc. O termo inclui escorregões ou falhas de ação, falha cognitiva ou desvio de práticas. Nos serviços industriais existem mecanismos de proteção desses erros, como dispositivos a prova de falhas. As falhas latentes acontecem normalmente por tomadores de decisão por pessoas em desconexão com o ambiente de trabalho. Em ambientes hospitalares essas falhas são oriundas primordialmente de aspectos gerenciais, desencadeados pelas condições de trabalho, dos aspectos estruturais e da complexidade das atividades desenvolvidas. Fatores esses que influenciam o desempenho da equipe e podem precipitar erros e provocar prejuízos na assistência prestada ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2014; VICENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

O erro decorrente do cuidado em saúde não pode ser inerente ao processo assistencial. Já o EA 'evitável' representa um dano associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou até mesmo um descumprimento de normas e padrões (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2013). Dessa forma, a caracterização de um EA ocorre por um cuidado prestado na assistência hospitalar, enquanto um desfecho indesejado pode ocorrer decorrente da evolução natural da enfermidade.

A consequência do erro é expressa em vidas perdidas, em danos físicos ou psicológicos e em desperdício de recursos. Requer um esforço conjunto para repensar e reestruturar os serviços, repensar avaliação e melhoria da qualidade a ser implementada. A prestação de cuidados de alta qualidade seria um compromisso para todas as organizações de saúde, porque a segurança do paciente é um pré-requisito fundamental para a própria qualidade (GOMES, 2008).

O interesse global sobre segurança do paciente teve início com o lançamento do relatório denominado "Errar é humano", do IOM (1999), em que divulga os

resultados dos danos causados pela assistência médico-hospitalar nos Estados Unidos e as metas a serem adotadas para minimizar os danos inerente a atividade humana. O estudo alerta a sociedade e os profissionais de saúde sobre os erros oriundos da assistência em saúde, passando a ser prioridade na agenda de muitos países. Em resposta, alertados pela OMS, a Assembleia Nacional de Saúde, em 2002, através da resolução WHAA55, aponta metas, entre as quais, o apoio à pesquisa sobre o tamanho e a natureza do problema de danos evitáveis aos pacientes. A discussão ocasionou repercussão mundial com o lançamento da World Alliance for Patient Safety, pela OMS em 2004, constituída por organizações internacionais e nacionais de diversos países, com a finalidade de dimensionarem e atuarem no problema (GOMES, 2008; WILSON *et al.*, 2012).

A condução do processo de acreditação hospitalar em âmbito internacional através da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006), difundiu as seis metas internacionais para a segurança do paciente, identificar os pacientes corretamente; aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (higienização das mãos); e, por fim, diminuir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas e úlcera de pressão (GOMES, 2008; GOMES *et al.*, 2017).

Diversas diretrizes são lançadas pela Organização Mundial de Saúde, em 2008, através do programa Global Patient Safety Challenge, onde lista prioridades a serem desenvolvidas pelos gestores hospitalares e profissionais de saúde, como a higienização das mãos, a prevenção a úlcera por pressão, o estímulo a adesão a protocolo e diretrizes clínicas e o estabelecimento de programas de educação continuada (MENDES JÚNIOR *et al.*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde, em 2009, conduziu a compreensão internacional a cerca de conceitos chaves sobre segurança do paciente, através da International Classification for Patient Safety (ICPS), dando encaminhamentos quanto à descrição, comparação, avaliação, monitoramento, análise e interpretação de informações. O ICPS produziu uma compreensão global sobre segurança, a saber: tipo de incidente, características e desfecho do paciente, fatores contribuintes/riscos, desfecho da instituição, detecção, fatores de mitigação, ações tomadas para diminuição do risco e ações de melhoria (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Apesar das discussões sobre os danos causados aos pacientes durante a assistência médico-hospitalar, há mais de um século, não reduziram tais ocorrências. A manutenção do paciente seguro dentro das instituições hospitalares é de relevância pública porque danos evitáveis resultantes da assistência em saúde devem ser minimizados por trazerem prejuízos aos pacientes e profissionais de saúde (GOMES *et al.*, 2017).

O Institute for Healthcare Improvement (1991), com o objetivo de contribuir internacionalmente para o desenvolvimento de ações que resultem na melhoria do cuidado ao paciente, apresenta documento avaliando o crescimento ocorrido nos Estados Unidos (EUA) na última década. Reconhece os desafios atuais para a segurança do paciente, analisado por cinco conceitos chaves: a educação médica; o cuidado multidisciplinar nos programas integrados de cuidado; ambientes seguros e entusiasmo dos profissionais pelo trabalho; participação ativa dos pacientes/família; e a transparência na prática do cuidado. Este documento relata os progressos ocorridos há quase uma década e os desafios a serem enfrentados. Evidenciou-se progresso quanto ao desenvolvimento estrutural para melhores resultado na assistência, bem como o alcance na redução dos custos. Mas demonstrou a necessidade de avanços nas práticas integradas do cuidado e sua propagação, além do envolvimento ativo do paciente e família no processo de melhoria do cuidado. Outro desafio primordial e urgente refere-se aos efeitos provocados por danos psicológicos, emocionais e físicos aos profissionais de saúde, levando a déficit de horas trabalhadas, alta rotatividade e desinteresse profissional (GANDHI *et al.*, 2018).

A segurança do paciente apresenta circunstâncias específicas, com estratégias de prevenção, controle e mitigação. Essas estratégias devem estar em constante aperfeiçoamento, demandando metodologias ou ferramentas de análise para prevenção dos eventos adversos em conjunto com a gestão e os profissionais de saúde (AMAYA, 2009). Além de que as intervenções de segurança devem ser realizadas por pacientes e profissionais, variando desde a prática clínica específica, até formação de uma cultura de segurança no cuidado em saúde (GOMES, 2008).

4.3 Políticas Governamentais no Brasil para a Assistência Materno-infantil

Políticas governamentais consistem em propostas que produzirão mudanças de uma determinada realidade a partir de um conjunto de intervenções com eixos estratégicos a fim de alcançar grandes objetivos (MOREIRA *et al.*, 2012). A Constituição Federal de 1988, determina que a saúde é um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas com objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos, mediante ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inúmeros foram os avanços em relação às políticas públicas de atenção à saúde, destacando a assistência materno-infantil como eixo estratégico prioritário no cuidado em saúde. No âmbito operacional, diversas políticas e projetos para fortalecimento de ações voltadas a saúde da criança passam a ser desenvolvidas. A iniciativa Hospital Amigo da Criança, incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária, apresenta-se como finalidade de mobilização das maternidades, e conseqüentemente os profissionais de saúde, na mudança de condutas e rotinas relacionada ao aleitamento materno (BRASIL, 2010).

Através de recomendações das Nações Unidas o Brasil estabelece compromisso para melhoria da assistência a saúde da criança, destacando-se como principal objetivo a redução da mortalidade infantil. Para isso, é proposto uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada. As estratégias para estruturação dessa rede de assistência compreende o estabelecimento de ações prioritárias voltadas para os serviços de saúde com o compromisso de qualificar a atenção prestada à criança, consolidando um movimento em defesa da vida caracterizado pela responsabilização pela prevenção das mortes precoces e evitáveis (MOREIRA *et al.*, 2012).

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, agrupa as três esferas de governo do SUS, institui inovações nos processos e instrumentos de gestão e define responsabilidades sanitárias e gerenciais. O Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde, é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, prevalecendo como uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil (MOREIRA *et al.*, 2012)..

Com intuito de melhorar a eficácia da assistência materno-infantil foram priorizadas ações básicas e que exigiam reduzida complexidade tecnológica. As iniciativas para melhoria da assistência ao parto e puerpério de qualidade e humanizada, surgem, então, a partir de recomendações da OMS, através dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Conduz assim, considerar os sujeitos envolvidos na assistência à saúde, e a oferecer uma rede assistencial organizada, com capacitação profissional e normatização das práticas de saúde (BRASIL, 2006).

Com a implantação da estratégia da Rede Cegonha em 2011, a assistência materna infantil passa a ser prioridade de governo, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. Apresenta como garantia, em suas diretrizes, as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, e representando, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal. As principais ações consistem da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011, 2014).

A Rede Cegonha orienta a reorganização do processo de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais através de diretrizes como: a garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência; a garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, englobando a maternidade programada para a realização do parto; a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo; gestão democrática e participativa. Incorporando a gestão participativa e compartilhada na maternidade, e desta forma, aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, através da Rede Cegonha disponibiliza o Manual de A&CR em Obstetrícia, juntamente com o protocolo de Classificação de Risco, como ferramenta de apoio a decisão clínica. O manual A&CR em obstetrícia foi elaborado em espaço colegiado com gestão, especialistas e profissionais da área, contribui

desde a porta de entrada das urgências das maternidades, com a finalidade de melhorar o acesso e a resolutividade da assistência prestada as mulheres em período gravídico puerperal, de forma a impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (SILVA *et al.*, 2018).

No contexto nacional, o Ministério da saúde passa a demonstrar preocupação com o tema e institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013), através de consenso técnico científico com a finalidade de qualificar a atenção à saúde nos serviços hospitalares. Desta forma, implementa ações em áreas prioritárias, a partir da divulgação de seis protocolos básicos: identificação do paciente; comunicação entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; minimização do risco de quedas e úlceras por pressão.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 é definida como um componente na garantia de boas práticas para o funcionamento do serviço de saúde, assegurando adequados padrões de qualidade. Associa também o conceito de cultura de segurança com determinante para melhoria do cuidado em saúde, a partir da aprendizagem com falhas em substituição a culpa e a punição, e sistematiza os serviços de saúde através do Plano de Segurança do Paciente, contendo estratégias para identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar riscos (BRASIL, 2013; GOMES *et al.*, 2017).

4.4 Tomada de Decisão e Modelo Decisório

Apoiar à decisão faz parte da atividade da vida humana e se aplica universalmente. As diretrizes e os métodos explícitos quando evidenciados melhoram os desfechos clínicos e a segurança nos sistemas que prestam serviços em saúde. Os profissionais que exercem atividades nessa área se comportam de forma semelhante a outras atividades humanas, portanto experiências de outras áreas podem ser adotadas na saúde (MORRIS, 2002).

A escolha é baseada em um conjunto de informações que levam o intelecto a processar probabilidades de desfecho optando pela mais aprazível ou de maior probabilidade de sucesso (SILVA, 2013). A tomada de decisão pode ser definida como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado, constituindo um processo que necessita de raciocínio

sistemático ou crítico. Para Campos (2011), tomar uma decisão pode interferir tanto positivamente quanto negativamente no desenvolvimento de rotinas de uma instituição, considerando que o número de variáveis a conjecturar pode ser maior, e que a decisão escolhida terá repercussão coletiva. Deste modo o processo de tomada de decisão é um fator crucial à escolha de estratégias que garantem o aumento progressivo da satisfação do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A tomada de decisão em um serviço complexo é caracterizada por diversos aspectos aqui relacionados: a) os critérios de resolução do problema, que se conflitam por demandar escolha; b) os critérios como alternativa de solução não são definidos claramente, conseqüentemente podem não ser compreendidas; c) os critérios podem estar interligados, podendo ocasionar reflexos totais ou parciais, não refletindo eficácia, devido a não exclusividade da alternativa a escolher; d) a solução do problema depende de um conjunto de pessoas com diferentes pontos de vista; e) ausência de clareza do problema, gerando dúvidas aos critérios; f) alguns critérios quantificáveis, enquanto outros se dão através de julgamento de valor; g) a escala do critério pode se apresentar de forma cardinal, verbal ou ordinal, dependendo dos dados e da própria natureza dos critério (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

O Enfermeiro como líder da equipe de enfermagem realiza intermediações entre os profissionais, possibilitando mudança de comportamento, impactando diretamente na qualidade do cuidado. A competência do enfermeiro na liderança e tomada de decisão no tocante a equipe e aos pacientes, exige capacidade de identificar falhas no processo assistencial, reorganizar e propor soluções, através da tomada de decisões que direcionem a melhoria na assistência, visando o cuidado seguro (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Existem fatores que aumentam ou reduzem a probabilidade do acerto na tomada de decisão, fatores inerentes ao profissional, ao paciente e ao ambiente. Os fatores inerentes ao profissional englobam a formação técnica e prática, podendo envolver o desgaste físico e mental por rotinas, além de outros aspectos. Os fatores inerentes ao paciente se devem basicamente ao grau de capacidade em passar a informação dos sintomas e de absorver o que for proposto para o seu tratamento, daí a necessidade de uma relação paciente-profissional favorável. Os fatores inerentes ao ambiente envolvem basicamente a presença da equipe multiprofissional, além de gestão e recursos de apoio (SILVA, 2013).

Para alcance de ações mais eficientes para reorganização do processo de trabalho em saúde os gestores devem se basear em modelos criteriosos. Os modelos decisórios multicritérios objetiva, principalmente, os tomadores de decisão a fazer escolhas assertivas, eficientes e efetivas, ajudando-os a alcançar maior compreensão e percepção da decisão que estão enfrentando. As decisões centradas no paciente, de natureza multidimensional, envolvem diferentes tomadores de decisão, incorporando múltiplas dimensões que implicam tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde (DOLAN, 2010).

A incorporação da inteligência decisória para definir atividades de grande impacto na segurança do paciente contribui substancialmente para as organizações de saúde, principalmente na assistência materno-infantil, porque empreende uma atividade fisiológica. Segundo Pedroso (2011) a inteligência decisória trás um conjunto de regras através de um processo decisório de acordo com as preferências dos decisores, proporcionando a capacidade de adaptação de aprendizagem.

Métodos para mensuração de riscos têm surgidos em todo mundo. O D-Sight trata-se de um software flexível adaptado para atender as necessidades de diferentes tipos de instituições, através de uma abordagem estruturada para projetos de avaliação. Este software é operacionalizado através do algoritmo Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations (PROMETHEE), método prescritivo que permite classificar as ações de acordo com as preferências dos tomadores de decisão (MARESCHAL; DE SMET, 2009).

A tecnologia em saúde através da Análise de Decisão Multicritério (MCDA), utiliza uma diversidade de abordagens metodológicas, com sua utilização crescente em estudos na área de saúde, principalmente nos EUA. Trata-se de uma pesquisa operacional adequada para sistemas complexos que se caracterizam pela elevada incerteza, objetivos conflitantes e diferentes formas de dados e informações, com diversidade de interesses e perspectivas. A solução de problemas de tomada de decisão através dos métodos multicritérios, como o MCDA, esclarecem ao decisor as possibilidades de escolhas, apoiando o processo decisório, pela capacidade de resolver problemas que envolvam mais de um objetivo (ADUNLIN; DIABY; XIAO, 2015).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa tipo *survey*, com amostragem por conveniência e abordagem baseada em diagnóstico organizacional aplicado nas maternidades públicas geridas pela Prefeitura da Cidade do Recife.

A pesquisa tipo *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, por meio de um instrumento predefinido, tipo questionário, classificada pelo propósito explanatório, exploratório e descritivo (FREITAS et al., 2000).

5.1 Localização do estudo

O município do Recife possui quatro maternidades, três geridas por administração direta e certificadas como ‘Hospital Amigo da Criança’ – Maternidade Arnaldo Marques, situada no bairro do Ibura; Maternidade Bandeira Filho, situada no bairro de Afogados; Maternidade Barros Lima, situada no bairro de Casa Amarela – e uma administrada por Organização Social de Saúde (OSS) - Hospital da Mulher do Recife, situado no bairro do Curado – que já iniciou o processo de certificação. A certificação de ‘Hospital Amigo da Criança’ é uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desde 1992, quando as instituições cumprem os ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, o ‘Cuidado Amigo da Mulher’, além de outras exigências na busca efetiva da atenção à saúde da criança e da mulher (RECIFE, 2019).

Para fins de preservação das identificações das maternidades em estudo, realizou-se sorteio aleatório pela pesquisadora, passando, dessa forma, a nomear as instituições com nomes de pontes históricas do Recife - Ponte Maurício de Nassau, Ponte Buarque de Macedo, Ponte Santa Isabel e Ponte Duarte Coelho.

5.2 Período do estudo

Considerou-se período do estudo a partir do início da leitura sistematizada pelo pesquisador, em maio de 2018. O período da coleta ocorreu de fevereiro a maio de 2019, posteriormente ocorreu à sistematização e análise dos dados. A pesquisa

analisou a situação atual das atribuições da equipe de enfermagem para o cuidado seguro, convergindo à conclusão do estudo com a redação da dissertação.

5.3 População do estudo

A população da pesquisa foi composta por profissionais da equipe de enfermagem das unidades participantes. A amostra foi intencional (OLIVEIRA, 1997), onde foram utilizados os seguintes critérios:

- a) Critérios de inclusão: enfermeiros, enfermeiros obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- d) Critérios de exclusão: profissionais da equipe de enfermagem que se encontravam em férias, licença saúde, licença maternidade e licença prêmio, durante o período de coleta de dados, e ainda os que se recusaram a participar do estudo.

Os setores abordados nas maternidades foram constituídos de: Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR), emergência obstétrica (triagem), sala de parto do centro obstétrico (pré-parto) e alojamento conjunto. As instituições foram analisadas, através das atribuições dos profissionais, desde o acolhimento da gestante na chegada a unidade de saúde, durante a assistência ao parto, finalizando com o puerpério. Setores onde os profissionais de enfermagem estão diretamente envolvidos na assistência materno infantil, e ainda, referenciados pelos protocolos de acolhimento com classificação de riscos preconizados pela estratégia da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

O Manual de A&CR em Obstetrícia tem como propósito apoiar os serviços de obstetrícia de forma a melhorar a assistência e a qualidade da saúde para mulheres e crianças (BRASIL, 2014). Todas as maternidades públicas sob gestão municipal da Cidade do Recife possuem o protocolo instituído, funcionando como uma ferramenta que apoia a decisão clínica desde a entrada da gestante aos serviços de urgência, no intuito de assegurar um acesso de qualidade às mulheres no período gravídico puerperal.

A tabela 1 apresenta o universo da pesquisa distribuída por tipo de profissional e maternidade:

Tabela 1 - Distribuição por tipo de profissional e maternidade de acordo com o universo (U) da pesquisa, Recife, 2019.

MATERNIDADES					
PROFISSIONAIS	Maurício de Nassau	Buarque de Macedo	Santa Isabel	Duarte Coelho	N (total)
Enfermeiros	20	23	21	25	89
Enfermeiros Obstetras	04	05	11	23	43
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	54	53	70	49	226
N (total)	78	81	102	97	358

Fonte: A autora.

5.4 Coleta dos dados

O instrumento de pesquisa tipo questionário estruturado foi apresentado aos profissionais que compõe a equipe de enfermagem: enfermeiros, enfermeiros obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem. As perguntas dos questionários foram extraídas e adaptadas do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014, da Rede Cegonha/DAPES/SAS do Ministério da Saúde.

Cada atribuição de enfermagem presente nos questionários apresenta um código. Esses códigos quando iniciado com as letras **'TA'** referem-se aos técnicos e auxiliares de enfermagem; quando iniciado com a letra **'E'** refere-se aos enfermeiros; e **'EO'** refere-se aos enfermeiros obstetras. As letras são acompanhadas de ordem numérica referindo-se aos critérios, atribuições de enfermagem, conforme descrito na tabela 2.

Quadro 1 - Critérios baseados nas atribuições dos profissionais de enfermagem com base no manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia - A&CR, Rede Cegonha, 2014.

Categorias Profissionais	Ordem	Código	Critérios (Atribuições da Enfermagem)
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (TA)	1	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável
	2	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.
	3	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.
	4	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.
	5	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.
	6	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.
	7	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.
	8	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
	9	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
Enfermeiros (E)	10	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.
	11	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.
	12	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.
	13	E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.
	14	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.
	15	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.
	16	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento. 17
	17	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
	18	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.
	19	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.
	20	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
	21	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.
Enfermeiros Obstetras (EO)	22	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.
	23	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.
	24	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.
	25	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

Fonte: Silva *et al.* (2018).

A coleta de dados ocorreu através da aplicação dos questionários a cada profissional. O questionário específico para os enfermeiros foi aplicado nos setores da A&CR, emergência obstétrica e alojamento conjunto (APÊNDICE A). Enquanto que o questionário direcionado aos enfermeiros obstetras foi aplicado apenas no pré-parto do centro cirúrgico (APÊNDICE B). Para os profissionais técnicos e auxiliares

de enfermagem, o questionário era comum, sendo aplicado na emergência obstétrica, no pré-parto do centro cirúrgico e no alojamento conjunto (APÊNDICE C).

O questionário estruturado em formato de escala possibilitou que o profissional de enfermagem identificasse a quadrícula referente à escala da atribuição de enfermagem, que acreditasse considerar a atual situação da sua instituição. A escala possui quatro variações: (1) 'Plenamente Aplicada'; (2) 'Aplicada, mas com algumas deficiências'; (3) Aplicada, mas com muitas deficiências'; e (4) Não aplicada.

5.5 Análise dos dados

Para alcançar os objetivos propostos o estudo foi estruturado em três etapas:

5.5.1 1ª Etapa: Diagnóstico Organizacional

Nesta etapa, realizou-se o diagnóstico situacional da aplicabilidade das atribuições da enfermagem nas maternidades.

Os dados coletados quantitativamente foram tabelados em planilha eletrônica Microsoft Excel 2010, separadamente por maternidade e tipo de profissional, em ordem, e de acordo com os códigos utilizado nos questionários, apresentados em forma de tabela com seus respectivos valores absolutos e frequências relativas. Demonstrando a **situação de aplicabilidade das atribuições de enfermagem para o cuidado seguro materno-infantil** pelo olhar dos profissionais de enfermagem. E, posteriormente, foram analisados.

5.5.2 2ª Etapa: Aplicação das lentes da gestão, da ciência e da técnica

Nesta etapa, aplicou-se o resultado do diagnóstico situacional – 1ª Etapa deste estudo – através da construção da **lente decisória diagnóstica (Lente 4)**, utilizando a pesquisa realizada pelo Instituto Aggeu Magalhães, sob título '*Governança clínica e cuidado de enfermagem: um modelo decisório para segurança do paciente materno-infantil*' (SILVA *et al.*, 2018).

No estudo, o autor sobrepôs três lentes – da gestão, da ciência e da técnica -, aplicou e validou como proposta de modelo decisório. A lente decisória da gestão foi

obtida através de estudo realizado entre enfermeiros gestores de hospitais certificados pelo UNICEF como 'Hospital Amigo da Criança' na cidade do Recife; a lente decisória da ciência, foi realizada entre os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e a lente decisória da técnica, obteve-se através de estudo realizado entre os enfermeiros do Grupo Conductor da Rede Cegonha da I Gerência Regional de Saúde (I Geres) Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SILVA *et al.*, 2018).

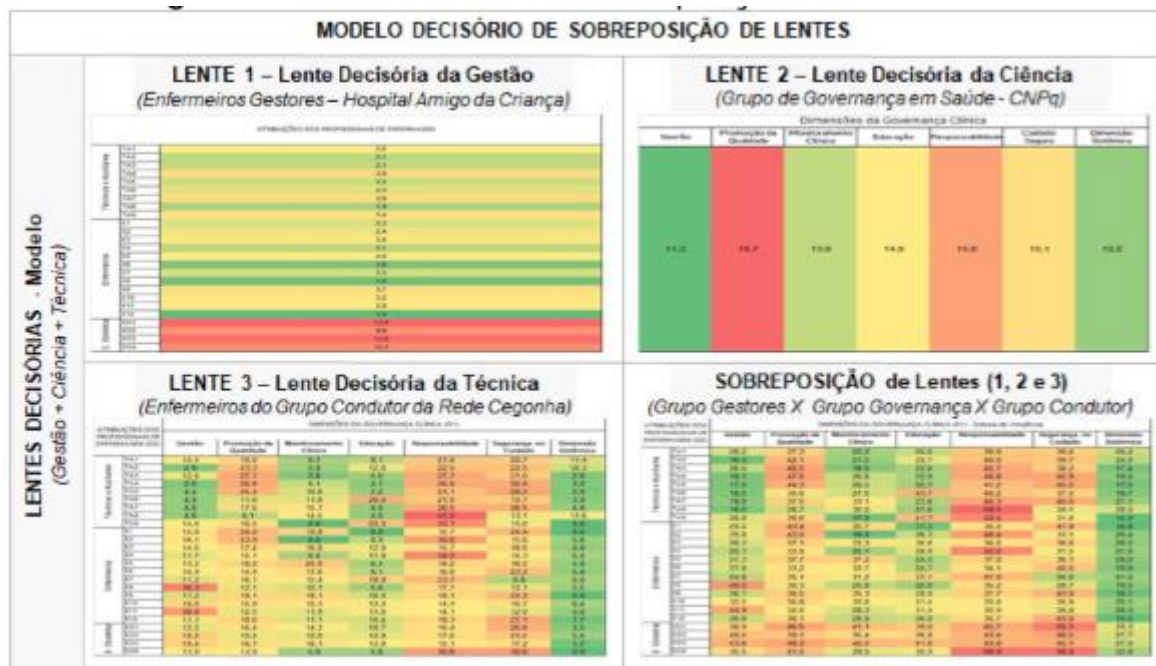
Para sobrepor as lentes, o autor combinou duas abordagens: a primeira, baseada na metodologia Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) operacionalizada pelo algoritmo Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluations (PROMETHEE), mediante o uso de ferramenta de captura gráfica de preferências e com análise de sensibilidade para garantir a robustez do modelo. Nesta abordagem, foi utilizado para consolidação dos dados o *D-Sight*, um *software* flexível que pode ser adaptado para atender às necessidades de organizações de diferentes tipos, utilizando uma abordagem estruturada para projetos de avaliação ou decisão. E a segunda, foi baseada em áreas críticas para investimentos definidas pela relação entre as dimensões da matriz [D1 x D2], onde D1 – eram as dimensões da governança clínica e D2 – as atribuições de enfermagem. Nesta abordagem, foram utilizadas planilhas do Microsoft Excel, que somavam os resultados das diversas matrizes geradas para compor as lentes, com base no Teorema de Vergência da Óptica.

Vergência, na área de conhecimento da Física, refere-se a uma grandeza que determina a capacidade de uma lente em convergir ou divergir a luz, sendo conceituada como o inverso do foco da lente. Silva *et al.* (2018), em seu estudo, realizou uma adaptação do Teorema da Vergência em que duas ou mais lentes podem ser manuseadas de forma que funcionem como uma só, desde que sejam postas coaxialmente, onde os eixos principais são coincidentes. Dessa forma as lentes justapostas e sua associação obtém-se uma lente equivalente com as mesmas características das demais lentes. O Teorema é fundamentado pelo valor da vergência da lente equivalente (VEq), onde à associação acontece através da soma algébrica das vergências (V) das lentes componentes: [$VEq = V1 + V2 + \dots + Vn$].

Segundo este estudo, o modelo decisório apresenta como resultado as lentes (lente da gestão, da ciência e da técnica) com diferentes gradientes de vergência, produzidos mediante as preferências decisórias para o cuidado seguro materno-infantil, e alcança a finalidade de priorizar as ações e investimentos na aplicação das atribuições de enfermagem. O poder da vergência das três lentes decisórias sobrepostas sobre a lente diagnóstica propõe uma correção (grau) baseada nos valores expressos nos índices de vergência.

Alinhado a isso, ao sobrepor três lentes multidisciplinares sobre uma lente de diagnóstico, o modelo decisório propõe uma correção baseada em valores por índice de vergência através de gradiente de cor, de tons contínuos que variam de vermelho a verde, utilizado para sinalizar a necessidade de correção, orientando a organização para a tomada de decisão. O tom, quanto próximo de vermelho, é convencionado como área crítica (quente), que necessita de ‘grau corretivo’ para o cuidado seguro (vergência negativa ou divergente), e quanto mais próximo de verde, é convencionado como área fria (vergência positiva ou convergente), cujo ‘grau’, não necessariamente, precisa de correções em relação a investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil (Figura 2).

Figura 2 - Modelo decisório de ‘sobreposição de lentes’.

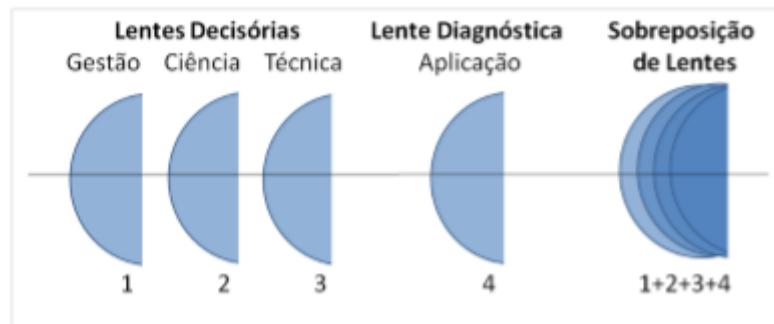


Fonte: Silva et al. (2018).

Nota: Matriz de identificação de áreas quentes para investimento em segurança do paciente materno- infantil - Sobreposição de lentes decisórias - Lente da Ciência e Lente da Técnica.

Em síntese, na etapa 2, aplicou-se as lentes decisórias da gestão (*lente 1*), da ciência (*lente 2*) e da técnica (*lente 3*), resultados da pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (SILVA *et al.*, 2018), sobre as lentes diagnósticas (*lente 4*) específicas para cada maternidade, obtidas através do diagnóstico situacional realizado na primeira etapa desta pesquisa (Figura 3).

Figura 3 - Sobreposição de lentes.



Fonte: Silva *et al.* (2018).

Com as quatro lentes sobrepostas (*lente1 x lente2 x lente3 x lente4*), e efetivadas sua aplicação, adveio uma nova Lente Decisória (Lente 5 - Grupo Gestores x Grupo Governança x Grupo Condutor X Diagnóstico), que possibilitou a **identificação das atribuições de enfermagem de maior prioridade para segurança do paciente materno-infantil.**

5.5.3 3ª Etapa: Análise dos Resultados

O modelo decisório de 'sobreposição de lentes', dispõe de lentes que foram geradas a partir das preferências decisórias referentes às atribuições de enfermagem, além de utilizar distintos ângulos de análise relacionadas às dimensões da governança clínica, propondo um olhar multidisciplinar, envolvendo a gestão, a ciência e a técnica, trazendo uma análise robusta para apoiar a tomada de decisão precisa e confiável (SILVA *et al.*, 2018).

A avaliação do cuidado seguro na enfermagem das maternidades sob gestão municipal da Cidade do Recife foi analisada através do modelo decisório para ações

e investimentos. O modelo incorpora de maneira transparente múltiplas considerações em um processo de tomada de decisão, beneficiando o gestor e os profissionais de saúde. Além de possuir um formato de matriz em que as dimensões da governança clínica possibilitam a integração com os objetivos e metas organizacionais nas áreas da gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica.

Desta forma, após esta etapa, o estudo alcançou o último objetivo, além da proposta de intervenção, de direcionar gestores e profissionais de saúde, através da **construção de matrizes que possibilitam direcionar investimento e ações voltadas para a melhoria da segurança do paciente materno-infantil** em cada maternidade do estudo.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), condicionada as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/FIOCRUZ-PE) sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

A Carta de Anuência, analisada pela Secretaria de Gestão do Trabalho da Prefeitura da Cidade do Recife, foi liberada em 28/01/2019, conforme anexo D.

Os profissionais que se dispuserem a participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), especificando os riscos e benefícios, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes (APÊNDICE D).

Os nomes das instituições pesquisadas constam na metodologia do estudo, mas, para fins de resultado, foram preservadas as suas identificações. Para isso foi realizado sorteio aleatório pela pesquisadora, intitulando as maternidades com nomes de pontes históricas do Recife - Ponte Maurício de Nassau, Ponte Buarque de Macedo, Ponte Santa Isabel e Ponte Duarte Coelho.

7 RESULTADO

Para realização da coleta de dados, a pesquisadora inicialmente apresentava-se a diretoria das unidades, munida da carta de anuência, autorizada pela Divisão de Educação na Saúde do Recife/SMS, encaminhava-se às coordenações de enfermagem e, posteriormente, às gerências dos setores participantes, a fim de divulgar a finalidade da pesquisa, expondo os objetivos a serem desenvolvidos e a necessidade de acesso à escala dos profissionais que desempenhavam suas funções nos setores do estudo. Em seguida, os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, no momento em que tinham disponibilidade, para responder ao questionário.

Os instrumentos foram entregues após orientação, respondidos e devolvidos logo após o término do preenchimento, juntamente com o TCLE, em duas vias, uma para posse da pesquisadora e a outra para posse do próprio participante, levando cerca de 10 a 15 minutos para serem respondidos.

Os dados coletados foram digitados e colocados em planilha eletrônica Microsoft Excel 2010. Posteriormente, para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o modelo decisório de 'sobreposição de lentes', mediante a utilização do teorema de vergência da física, gerando assim a *lente diagnóstica (4)* de cada instituição pesquisada.

A lente diagnóstica (4), quando sobreposta às demais lentes da gestão (1), da ciência (2) e da técnica (3) revelou a lente Decisória (5), e evidenciou um panorama visual, acompanhado das cores quentes e frias, além dos graus de correção (índice de vergência), para discussão acerca das sete dimensões da governança clínica: gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança do cuidado e dimensão sistêmica.

A tabela 2 apresenta o universo da pesquisa distribuído por maternidade, tipo de profissional e de acordo com a taxa de resposta. O universo da pesquisa foi de 358 profissionais, alcançando uma taxa de resposta de 97,51%. A maior adesão em responder aos questionários foi dos enfermeiros obstetras (100% de taxa de resposta).

Tabela 2 - Distribuição por maternidades e tipo de profissional, de acordo com o universo (U) e taxa de resposta (%), Recife, 2019.

	MATERNIDADES									
	Maurício de Nassau		Buarque de Macedo		Santa Isabel		Duarte Coelho		N (total)	
PROFISSIONAIS	A	n %	A	n %	A	n %	A	n %	U	n %
Enfermeiros	20	95,00%	23	100,00%	21	95,24%	25	100,00%	89	97,56%
Enfermeiros Obstetras	04	100,00%	05	100,00%	11	100,00%	23	100,00%	43	100,00%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	54	98,15%	53	96,23%	70	95,71%	49	97,96%	226	97,01%
N (total)	78	97,44%	81	98,97%	102	96,08%	97	97,53%	358	97,51%

Fonte: A autora.

Legenda: A=aptos a participar; U= universo de aptos a participar; n%=porcentagem dos participantes.

Na Maternidade Mauricio de Nassau, obteve-se uma taxa de resposta de 95% dos enfermeiros (n=20), 100% dos enfermeiros obstetras (n=4) e 98,15% dos técnicos e auxiliares de enfermagem (n=54), relacionado ao universo dos profissionais que constam na escala de serviço (Tabela 2). A taxa de resposta aos questionários na Maternidade Buarque de Macedo alcançou 97,53% assim distribuídos: enfermeiros, 100% (n=23), enfermeiros obstetras, 100% (n=5), técnicos e auxiliares de enfermagem, 96,23% (n=53), representado pelo universo de profissionais que constam na escala de serviço (Tabela 2). Percebeu-se, nas duas maternidades, um dimensionamento inadequado de profissional enfermeiro obstetra, demonstrando insuficiência para atender a todos os plantões necessários neste serviço.

Na Maternidade Santa Isabel a taxa de resposta aos questionários foi de 95,24% dos enfermeiros (n=21), 100% dos enfermeiros obstetras (n=11) e 95,71% dos técnicos e auxiliares de enfermagem (n=70), relacionado ao universo dos profissionais que constam na escala de serviço (Tabela 2). Esta maternidade também apresenta déficit de profissionais na escala, principalmente enfermeiros obstetras.

Enquanto na Maternidade Duarte Coelho obteve-se uma taxa de resposta de 98,97% (Tabela 2), relacionados ao universo dos profissionais que constam na escala de serviço. Assim distribuídos: 100% dos enfermeiros (n=25), 100% dos enfermeiros obstetras (n=23) e 97,96% dos técnicos e auxiliares de enfermagem (n=49). Apresentando dimensionamento de profissionais adequado para atender a todos os plantões.

A análise interpretativa das respostas, para fins didáticos, realizou-se de acordo com a sequência dos objetivos específicos propostos e separadamente por maternidade, levando-se em conta a relevância para o cuidado seguro materno-infantil.

7.1 Maternidade Maurício de Nassau

As tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta, e a distribuição da taxa de resposta quanto à

aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha na maternidade Maurício de Nassau.

Verificaram-se diversas fragilidades em todas as categorias profissionais, destacando-se quanto aos profissionais enfermeiros, às atribuições: **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), 47,4% apresentando-se como não aplicado; **E9** (Reclassificar as usuárias quando necessário), plenamente aplicado em apenas 21,1%; **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária), cerca de 60% de aplicado com alguma ou com muitas deficiências; e **E11** (Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário), com apenas 42,1% de plenamente aplicado e 10,5% de não aplicado.

Chamou atenção também à atribuição direcionada aos enfermeiros obstetras **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), devido a somente 25% de plenamente aplicado.

Em relação às atribuições direcionadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem merecem destaque os itens: **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), 47,2% de aplicado com algumas ou com muitas deficiências; e **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), com aproximadamente 20% de aplicado com muitas deficiências ou não aplicado.

Como potencialidades revelou-se nos enfermeiros obstetras a atribuição **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher), com 100% de plenamente aplicado. Nos enfermeiros o item **E12** (Registrar em livro próprio as ocorrências do setor), direcionado aos enfermeiros mostrou-se de plenamente aplicado e aplicado com alguma deficiência, 89,5% e 10,5%, respectivamente. Sinalizando ainda como aspectos positivo as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, aparecendo com 80% ou mais de plenamente aplicado nos itens: **TA4** (Aferir sinais vitais da mulher); **TA5** (Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco) e **TA6** (Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso).

Tabela 3 - Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.

Categoria Profissional (Critérios)	n	Maternidades Maurício de Nassau (n=76)			
		Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada
		%	%	%	%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (n=53)					
TA1	53	52,83	43,40	3,77	0,00
TA2	52	53,85	40,38	3,85	1,92
TA3	50	58,00	26,00	6,00	10,00
TA4	53	83,02	15,09	1,89	0,00
TA5	50	80,00	14,00	0,00	6,00
TA6	50	80,00	20,00	0,00	0,00
TA7	52	51,92	28,85	7,69	11,54
TA8	53	66,04	28,30	3,77	1,89
TA9	53	62,26	33,96	3,77	0,00
Enfermeiros (n=19)					
E1	19	63,16	31,58	0,00	5,26
E2	19	47,37	47,37	0,00	5,26
E3	18	66,67	16,67	11,11	5,56
E4	19	26,32	21,05	5,26	47,37
E5	17	76,47	0,00	5,88	17,65
E6	19	57,89	26,32	0,00	15,79
E7	19	42,11	42,11	5,26	10,53
E8	19	52,63	26,32	0,00	21,05
E9	19	21,05	42,11	15,79	21,05
E10	19	42,11	52,63	5,26	0,00
E11	19	42,11	42,11	5,26	10,53
E12	19	89,47	10,53	0,00	0,00
Enfermeiro Obstetra (n=4)					
EO1	4	25,00	75,00	0,00	0,00
EO2	4	75,00	25,00	0,00	0,00
EO3	4	100,00	0,00	0,00	0,00
EO4	4	25,00	50,00	25,00	0,00

Fonte: A Autora.

Tabela 4 - Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Maurício de Nassau quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.

	Maternidade Maurício de Nassau									
	1		2		3		4		Total	
	1.0 Plenamente Aplicada		2.0 Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências		3.0 Aplicada, mas com MUITAS Deficiências		4.0 Não Aplicada			
	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %
TA1 Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	28	52,8%	23	43,4%	2	3,8%	0	0,0%	53	100,0%
TA2 Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	28	53,8%	21	40,4%	2	3,8%	1	1,9%	52	100,0%
TA3 Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	29	58,0%	13	26,0%	3	6,0%	5	10,0%	50	100,0%
TA4 Aferir sinais vitais da mulher.	44	83,0%	8	15,1%	1	1,9%	0	0,0%	53	100,0%
TA5 Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	40	80,0%	7	14,0%	0	0,0%	3	6,0%	50	100,0%
TA6 Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	40	80,0%	10	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	50	100,0%
TA7 Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	27	51,9%	15	28,8%	4	7,7%	6	11,5%	52	100,0%
TA8 Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	35	66,0%	15	28,3%	2	3,8%	1	1,9%	53	100,0%
TA9 Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	33	62,3%	18	34,0%	2	3,8%	0	0,0%	53	100,0%
E1 Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	12	63,2%	6	31,6%	0	0,0%	1	5,3%	19	100,0%
E2 Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	9	47,4%	9	47,4%	0	0,0%	1	5,3%	19	100,0%
E3 Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	12	66,7%	3	16,7%	2	11,1%	1	5,6%	18	100,0%
E4 Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.	5	26,3%	4	21,1%	1	5,3%	9	47,4%	19	100,0%
E5 Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	13	76,5%	0	0,0%	1	5,9%	3	17,6%	17	100,0%
E6 Registrar classificação no mapa do A&CR.	11	57,9%	5	26,3%	0	0,0%	3	15,8%	19	100,0%
E7 Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	8	42,1%	8	42,1%	1	5,3%	2	10,5%	19	100,0%
E8 Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	10	52,6%	5	26,3%	0	0,0%	4	21,1%	19	100,0%
E9 Reclassificar as usuárias quando necessário.	4	21,1%	8	42,1%	3	15,8%	4	21,1%	19	100,0%
E10 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	8	42,1%	10	52,6%	1	5,3%	0	0,0%	19	100,0%
E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	8	42,1%	8	42,1%	1	5,3%	2	10,5%	19	100,0%
E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	17	89,5%	2	10,5%	0	0,0%	0	0,0%	19	100,0%
EO1 Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%

Fonte: A Autora

Com a aplicação do modelo decisório de ‘sobreposição de lentes’ obteve-se a *lente diagnóstica (4)* da maternidade Maurício de Nassau (Figura 4). Identificando, desta forma, as atribuições de enfermagem de maior prioridade para segurança do paciente materno-infantil nesta instituição.

Observando a lente diagnóstica (4) da maternidade Maurício de Nassau (Figura 4), as atribuições **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), **E9** (Reclassificar as usuárias quando necessário), **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário) e **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), apresentaram os maiores índices de vergência (gradiente > 70).

Os itens **E7** (Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento), **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária) e **E11** (Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário), também chamaram atenção por apresentarem índices de vergência de aproximadamente 60.

Vale ressaltar como potencialidade na maternidade em estudo o item **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher) por ter alcançado o menor índice de vergência (gradiente=0).

Nas figuras 5, 7, 10 e 11, têm-se a distribuição das atribuições dos profissionais de enfermagem e as dimensões da governança clínica, onde as lentes – Gestão, Ciência e Técnica – sobrepostas à *lente diagnóstica (4)* (Figura 3) fornece a *lente decisória (5)*. Revelando um panorama visual dos resultados de acordo com os índices de vergência, em gradiente de cores, que variam de totalmente vermelho a totalmente verde. Indicando áreas quentes ou críticas (vermelho) e áreas frias ou não críticas (verde). Juntamente com a matriz identificou-se em cada dimensão apresentada um gradiente numérico, indicando a gravidade das situações que foram analisadas.

Figura 4 - Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM DEFICIÊNCIA		
Técnicos e Auxiliares	TA1	47,17
	TA2	46,15
	TA3	42,00
	TA4	16,98
	TA5	20,00
	TA6	20,00
	TA7	48,08
	TA8	33,96
	TA9	37,74
Enfermeiros	E1	36,84
	E2	52,63
	E3	33,33
	E4	73,68
	E5	23,53
	E6	42,11
	E7	57,89
	E8	47,37
	E9	78,95
	E10	57,89
	E11	57,89
	E12	10,53
E. Obstetras	EO1	75,00
	EO2	25,00
	EO3	0,00
	EO4	75,00

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

Ao analisar a lente decisória (5) da Maternidade Maurício de Nassau (Figura 5), percebeu-se muitos pontos críticos que necessitam de intervenção para o cuidado seguro, principalmente nas dimensões de ‘responsabilidade’, ‘segurança no cuidado’, ‘promoção da qualidade’, ‘educação’ e ‘gestão’.

Avaliando as respostas dos técnicos e auxiliares de enfermagem não se verificou áreas extremamente críticas, mas identificou-se a necessidade de intervenção em ações nas dimensões de: 'responsabilidade', 'segurança no cuidado' e 'promoção da qualidade'(grau de vergência > 80), principalmente nas atribuições: **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), **TA2** (Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher), **TA3** (Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco), **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), **TA8** (Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia) e **TA9** (Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma).

Quanto aos profissionais Enfermeiros observaram-se áreas bastante críticas em quase todas as dimensões da governança clínica. Chamando bastante atenção em: 'responsabilidade', 'segurança no cuidado', 'promoção da qualidade', 'monitoramento clínico', 'educação' e 'gestão', com atribuições que apresentaram grau de vergência > 100 (cor vermelha), relacionados aos itens, **E2** (Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante), **E4** (Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso), **E9** (Reclassificar as usuárias quando necessário) e **E11** (Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário), em alguma das dimensões destacadas.

As áreas quentes identificadas nos quesitos dos enfermeiros obstetras foram às atribuições, **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário) e **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), compreendendo todas as dimensões da governança clínica, com grau de vergência bastante elevado (praticamente todas as dimensões com gradiente > 100).

Fazendo uma avaliação global das dimensões da governança clínica por instituição percebemos que a maternidade Maurício de Nassau tem como aspectos críticos, nos itens **E4**, **E9**, **EO1** e **EO4** (todas as dimensões com gradiente > 80); e aspecto positivo, no item **EO3**, (gradiente em todas as dimensões < 50).

Figura 5 - Matriz Decisória - Lente 5 - Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Maurício de Nassau, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	75,4	84,5	69,4	72,8	87,0	85,5	73,6
	TA2	62,5	88,2	67,7	75,8	86,7	85,9	71,1
	TA3	68,0	88,5	60,5	64,6	87,7	80,2	59,4
	TA4	35,1	64,5	43,6	39,9	63,7	62,9	36,5
	TA5	37,9	64,3	46,5	42,3	61,2	65,5	37,5
	TA6	38,5	50,6	47,5	63,7	60,2	57,2	38,7
	TA7	68,0	85,6	81,1	71,6	94,4	93,6	69,2
	TA8	52,0	60,7	63,9	55,6	93,1	64,1	62,0
	TA9	66,5	74,3	54,7	79,5	90,3	69,3	53,6
Enfermeiros	E1	66,1	80,3	72,5	54,1	70,8	78,7	51,6
	E2	82,4	95,7	68,6	78,9	101,0	85,7	73,1
	E3	61,7	70,4	66,7	64,1	68,0	69,9	53,6
	E4	98,8	107,5	95,8	102,6	125,9	105,2	94,7
	E5	50,8	61,2	60,8	47,7	60,5	59,7	43,5
	E6	69,9	75,3	74,8	66,8	76,2	82,1	60,9
	E7	82,7	93,0	89,1	95,0	99,8	82,1	79,5
	E8	96,5	77,7	73,2	69,4	82,6	76,1	66,9
	E9	105,1	117,4	114,3	107,8	116,7	121,9	95,1
	E10	90,4	93,7	89,9	89,3	91,3	92,8	79,9
	E11	102,8	89,9	86,2	89,3	90,8	87,9	78,2
	E12	36,6	46,7	36,6	37,3	46,2	54,2	26,1
E. Obstetras	EO1	111,9	121,5	116,1	114,0	120,7	130,1	104,3
	EO2	65,4	64,1	60,4	61,8	68,4	71,5	52,7
	EO3	43,6	46,3	42,5	41,6	43,8	45,1	27,0
	EO4	110,5	116,0	104,5	105,9	131,9	131,0	97,8

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

7.2 Maternidade Buarque de Macedo

Para alcance do diagnóstico da situação de aplicabilidade das atribuições de enfermagem - Diagnóstico Organizacional - na Maternidade Buarque de Macedo, os dados tabulados com os devidos percentuais e agrupados por categoria profissional e taxa de resposta (Tabela 5), além de distribuídos por profissional quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha (Tabela 6).

Identificou-se como principais vulnerabilidades as atribuições dos enfermeiros obstetras, **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), com apenas 20% de plenamente aplicado; e **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), 20% de não aplicada.

Concomitante, as atribuições dos enfermeiros mais frágeis relacionado ao cuidado seguro foram: **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), apresentando 35% de aplicado com muitas deficiências e não aplicada; **E2** (Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante), e **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária), trazendo 39,1% e 43,5% de plenamente aplicado, respectivamente.

Com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem identificou-se: **TA2** (Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher), 49,0% de aplicado com alguma deficiência; e **TA9** (Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma), com 35,3% de aplicado com alguma e com muitas deficiências.

Tabela 5 - Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.

Categoria Profissional (Critérios)	n	Maternidade Buarque de Macedo (n=79)			
		Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada
		%	%	%	%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (n=51)					
TA1	50	62,00	34,00	4,00	0,00
TA2	51	47,06	49,02	3,92	0,00
TA3	45	53,33	28,89	13,33	4,44
TA4	51	92,16	7,84	0,00	0,00
TA5	48	81,25	18,75	0,00	0,00
TA6	51	78,43	19,61	0,00	1,96
TA7	46	45,65	43,48	6,52	4,35
TA8	51	78,43	19,61	1,96	0,00
TA9	51	64,71	31,37	3,92	0,00
Enfermeiros (n=23)					
E1	23	78,26	21,74	0,00	0,00
E2	23	39,13	47,83	8,70	4,35
E3	23	73,91	21,74	0,00	4,35
E4	20	60,00	5,00	15,00	20,00
E5	21	85,71	9,52	0,00	4,76
E6	20	85,00	10,00	0,00	5,00
E7	23	65,22	21,74	8,70	4,35
E8	22	81,82	9,09	4,55	4,55
E9	23	56,52	26,09	8,70	8,70
E10	23	43,48	52,17	4,35	0,00
E11	23	56,52	39,13	0,00	4,35
E12	22	90,91	9,09	0,00	0,00
Enfermeiro Obstetra (n=5)					
EO1	5	20,00	60,00	20,00	0,00
EO2	5	80,00	20,00	0,00	0,00
EO3	5	60,00	40,00	0,00	0,00
EO4	5	60,00	20,00	0,00	20,00

Fonte: A Autora.

Tabela 6 - Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Buarque de Macedo quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.

	Maternidade Buarque de Macedo									
	1		2		3		4		Total	
	1.0 Plenamente Aplicada		2.0 Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências		3.0 Aplicada, mas com MUITAS Deficiências		4.0 Não Aplicada		Contagem	Linha N %
	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %
TA1 Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	31	62,0%	17	34,0%	2	4,0%	0	0,0%	60	100,0%
TA2 Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	24	47,1%	25	49,0%	2	3,9%	0	0,0%	61	100,0%
TA3 Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	24	53,3%	13	28,9%	6	13,3%	2	4,4%	46	100,0%
TA4 Verificar sinais vitais da mulher.	47	92,2%	4	7,8%	0	0,0%	0	0,0%	61	100,0%
TA5 Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	39	81,3%	9	18,8%	0	0,0%	0	0,0%	48	100,0%
TA6 Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	40	78,4%	10	19,6%	0	0,0%	1	2,0%	61	100,0%
TA7 Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	21	45,7%	20	43,5%	3	6,5%	2	4,3%	48	100,0%
TA8 Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	40	78,4%	10	19,6%	1	2,0%	0	0,0%	61	100,0%
TA9 Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão e em que outro funcionário o assuma.	33	64,7%	16	31,4%	2	3,9%	0	0,0%	61	100,0%
E1 Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	18	78,3%	5	21,7%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%
E2 Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	9	39,1%	11	47,8%	2	8,7%	1	4,3%	23	100,0%
E3 Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	17	73,9%	5	21,7%	0	0,0%	1	4,3%	23	100,0%
E4 Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.	12	60,0%	1	5,0%	3	15,0%	4	20,0%	20	100,0%
E5 Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	18	85,7%	2	9,5%	0	0,0%	1	4,8%	21	100,0%
E6 Registrar classificação no mapa do A&CR.	17	85,0%	2	10,0%	0	0,0%	1	5,0%	20	100,0%
E7 Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	15	65,2%	5	21,7%	2	8,7%	1	4,3%	23	100,0%
E8 Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	18	81,8%	2	9,1%	1	4,5%	1	4,5%	22	100,0%
E9 Reclassificar as usuárias quando necessário.	13	56,5%	6	26,1%	2	8,7%	2	8,7%	23	100,0%
E10 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolução quanto aos problemas da usuária.	10	43,5%	12	52,2%	1	4,3%	0	0,0%	23	100,0%
E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	13	56,5%	9	39,1%	0	0,0%	1	4,3%	23	100,0%
E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	20	90,9%	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	22	100,0%
EO1 Atender as mulheres que a elas competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	0	0,0%	6	100,0%
EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolução quanto aos problemas da mulher.	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	3	60,0%	1	20,0%	0	0,0%	1	20,0%	6	100,0%

Fonte: A Autora.

Como aspectos positivos evidenciou-se nas atribuições relacionadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem principalmente em **TA4** (Aferir sinais vitais da mulher), 92,2% de plenamente aplicado. Seguido das atribuições referentes aos enfermeiros: **E12** (Registrar em livro próprio as ocorrências do setor), com 90,9% de plenamente aplicado; e **E5** (Registrar dados da classificação na ficha de de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher), 85,7% de plenamente aplicado. Quanto aos enfermeiros obstetras identificou-se o item **EO2** (Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher), apresentando 80% de plenamente aplicado.

Após aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes obteve-se a *lente diagnóstica (4)* da maternidade Buarque de Macedo (Figura 6). Onde as atribuições de enfermagem mais frágeis para o cuidado seguro materno-infantil nesta instituição foram identificadas.

Na lente diagnóstica (4) da Maternidade Buarque de Macedo (Figura 6), a atribuição de maior índice de vergência (=80) foi o item **EO1** (Atender as mulheres que a elas competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), seguido por **E2** (Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante), por meio do grau > 60.

Visualizaram-se, também, áreas críticas nos itens com os gradientes de cores em tons laranja, onde apresentam índices de vergência > 50: **TA2** (Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher), **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento) e **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária).

Como aspectos positivos têm-se as atribuições: **TA4** (Aferir sinais vitais da mulher) e **E12** (Registrar em livro próprio as ocorrências do setor), nas cores verdes, gradiente < 10.

Figura 6 - Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM DEFICIÊNCIA		
Técnicos e Auxiliares	TA1	38,00
	TA2	52,94
	TA3	46,67
	TA4	7,84
	TA5	18,75
	TA6	21,57
	TA7	54,35
	TA8	21,57
	TA9	35,29
Enfermeiros	E1	21,74
	E2	60,87
	E3	26,09
	E4	40,00
	E5	14,29
	E6	15,00
	E7	34,78
	E8	18,18
	E9	43,48
	E10	56,52
	E11	43,48
	E12	9,09
E. Obstetras	EO1	80,00
	EO2	20,00
	EO3	40,00
	EO4	40,00

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

Na Matriz decisória da Maternidade Buarque de Macedo (Figura 7) verificou-se que as dimensões da governança clínica mais críticas são 'responsabilidade', 'promoção da qualidade' e 'segurança no cuidado'.

Analisando as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, percebemos como determinantes a necessidade de intervenção principalmente relacionada às dimensões de 'responsabilidade', 'segurança no cuidado' e 'promoção da qualidade'. Dimensões essas que são comprometidas pelos itens: **TA2** (Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher); **TA3** (Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco); e **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), com gradiente >100 na dimensão de 'responsabilidade'.

Considerando os Enfermeiros, revelaram-se como áreas de agravos na assistência significativamente o item **E2** (Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante), relacionado às dimensões de 'responsabilidade' (gradiente >109), 'promoção do cuidado', 'segurança no cuidado' e 'gestão'. Seguindo da dimensão de 'responsabilidade', quanto à atribuição **E4** (Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso), onde foi importante considerar que muitos enfermeiros desconhecem a ficha de notificação de violência. Além de chamar atenção também as dimensões de 'promoção da qualidade' e 'segurança no cuidado', na atribuição **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária).

Quanto aos enfermeiros obstetras percebeu-se que o item **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário) atingiu todas as dimensões da governança clínica, com grau de vergência muito crítico (>109). Além das dimensões de 'responsabilidade' e 'segurança no cuidado', apresentaram-se com área crítica (gradiente > 90) na atribuição **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma).

Realizando uma avaliação global das dimensões da governança clínica por maternidade percebeu-se que na maternidade Buarque de Macedo obteve como aspecto crítico, o item **E01**, em que todas as dimensões aparecem com gradiente > 80; e nenhum aspecto totalmente positivo, em todas as dimensões, por não apresentar gradiente < 50.

Figura 7 - Matriz Decisória - Lente 5 - Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Buarque de Macedo, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	66,2	75,3	60,2	63,6	77,9	76,4	64,4
	TA2	69,3	95,0	74,4	82,6	93,5	92,7	77,8
	TA3	72,7	93,2	65,1	69,3	92,4	84,9	64,0
	TA4	25,9	55,4	34,4	30,8	54,6	53,8	27,4
	TA5	36,7	63,1	45,3	41,1	59,9	64,3	36,3
	TA6	40,1	52,2	49,0	65,3	61,8	58,8	40,3
	TA7	74,3	91,9	87,4	77,9	100,7	99,9	75,4
	TA8	39,6	48,3	51,5	43,2	80,7	51,7	49,6
	TA9	64,0	71,9	52,3	77,0	87,8	66,9	51,2
Enfermeiros	E1	51,0	65,2	57,4	39,0	55,7	63,6	36,5
	E2	90,7	103,9	76,8	87,1	109,2	94,0	81,3
	E3	54,4	63,2	59,4	56,9	60,7	62,6	46,3
	E4	65,1	73,9	62,1	68,9	92,2	71,5	61,0
	E5	41,6	52,0	51,5	38,4	51,2	50,4	34,3
	E6	42,8	48,2	47,7	39,7	49,1	55,0	33,8
	E7	59,6	69,9	66,0	71,9	76,7	59,0	56,4
	E8	67,4	48,5	44,0	40,2	53,4	46,9	37,7
	E9	69,6	82,0	78,8	72,4	81,2	86,4	59,6
	E10	89,0	92,3	88,5	88,0	89,9	91,5	78,6
	E11	88,4	75,5	71,8	74,9	76,4	73,5	63,8
	E12	35,1	45,2	35,1	35,9	44,8	52,7	24,6
E. Obstetras	EO1	116,9	126,5	121,1	119,0	125,7	135,1	109,3
	EO2	60,4	59,1	55,4	56,8	63,4	66,5	47,7
	EO3	83,6	86,3	82,5	81,6	83,8	85,1	67,0
	EO4	75,5	81,0	69,5	70,9	96,9	96,0	62,8

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

7.3 Maternidade Santa Isabel

A tabulação dos dados abaixo com os devidos percentuais agrupados por categoria profissional e taxa de resposta (Tabela 7), e distribuídos por profissional quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha (Tabela 8), alcançou o primeiro objetivo do estudo de realizar a situação da aplicabilidade das atribuições de enfermagem na maternidade Santa Isabel.

Revelam-se pontos significativos que podem trazer danos à assistência prestada nas atribuições dos enfermeiros em: **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), com apenas 38,5% de plenamente aplicado; **E5** (Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher), 12,5% não aplicado; e **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária), com 33,4% de aplicada com algumas ou com muitas deficiências. Enquanto, os itens **E12** (Registrar em livro próprio as ocorrências do setor) com 95,0% de plenamente aplicado, demonstrando um potencial importante para diminuição de falhas oriundas de falta de comunicação adequada na assistência.

Quanto aos técnicos e auxiliares de enfermagem concentraram-se como aspectos negativos as atribuições: **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), apresentando 67,2% de aplicada mais com alguma ou com muitas deficiências; e **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), abaixo de 50% de plenamente aplicada.

Observando as atribuições relacionadas os profissionais enfermeiros obstetras foram identificados como potencialidade o item **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), 81,8% de plenamente aplicada. Enquanto que as atribuições **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), apresentou-se frágil, 18,2% de aplicada com muitas deficiências; além de **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor

resolutividade quanto aos problemas da mulher), somente 45,5% de plenamente aplicada.

Tabela 7 - Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019.

Categoria Profissional (Critérios)	n	Maternidade Santa Isabel (n=98)			
		Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada
		%	%	%	%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem		(n=67)			
TA1	67	32,84	46,27	20,90	0,00
TA2	67	50,75	35,82	13,43	0,00
TA3	50	42,00	34,00	10,00	14,00
TA4	66	78,79	21,21	0,00	0,00
TA5	56	75,00	14,29	1,79	8,93
TA6	66	71,21	19,70	7,58	1,52
TA7	52	48,08	32,69	7,69	11,54
TA8	67	73,13	16,42	5,97	4,48
TA9	67	77,61	17,91	2,99	1,49
Enfermeiros		(n=20)			
E1	20	65,00	35,00	0,00	0,00
E2	18	72,22	27,78	0,00	0,00
E3	18	72,22	27,78	0,00	0,00
E4	13	38,46	46,15	7,69	7,69
E5	16	75,00	12,50	0,00	12,50
E6	11	90,91	9,09	0,00	0,00
E7	15	66,67	33,33	0,00	0,00
E8	12	83,33	0,00	0,00	16,67
E9	12	58,33	33,33	8,33	0,00
E10	18	66,67	27,78	5,56	0,00
E11	20	65,00	30,00	0,00	5,00
E12	20	95,00	5,00	0,00	0,00
Enfermeiro Obstetra		(n=11)			
EO1	11	45,45	36,36	18,18	0,00
EO2	11	54,55	45,45	0,00	0,00
EO3	11	45,45	45,45	9,09	0,00
EO4	11	81,82	18,18	0,00	0,00

Fonte: A Autora.

Tabela 8 - Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Santa Isabel quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.

	Maternidade Santa Isabel									
	1		2		3		4		Total	
	1.0 Plenamente Aplicada		2.0 Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências		3.0 Aplicada, mas com MUITAS Deficiências		4.0 Não Aplicada		Contagem	Linha N %
	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %
TA1 Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	22	32,8%	31	46,3%	14	20,9%	0	0,0%	67	100,0%
TA2 Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	34	50,7%	24	35,8%	9	13,4%	0	0,0%	67	100,0%
TA3 Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	21	42,0%	17	34,0%	5	10,0%	7	14,0%	50	100,0%
TA4 Aferir sinais vitais da mulher.	52	78,8%	14	21,2%	0	0,0%	0	0,0%	66	100,0%
TA5 Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	42	75,0%	8	14,3%	1	1,8%	5	8,9%	56	100,0%
TA6 Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	47	71,2%	13	19,7%	5	7,6%	1	1,5%	66	100,0%
TA7 Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.	25	48,1%	17	32,7%	4	7,7%	6	11,5%	52	100,0%
TA8 Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	49	73,1%	11	16,4%	4	6,0%	3	4,5%	67	100,0%
TA9 Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	52	77,6%	12	17,9%	2	3,0%	1	1,5%	67	100,0%
E1 Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	13	65,0%	7	35,0%	0	0,0%	0	0,0%	20	100,0%
E2 Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	13	72,2%	5	27,8%	0	0,0%	0	0,0%	18	100,0%
E3 Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	13	72,2%	5	27,8%	0	0,0%	0	0,0%	18	100,0%
E4 Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.	5	38,5%	6	46,2%	1	7,7%	1	7,7%	13	100,0%
E5 Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	12	75,0%	2	12,5%	0	0,0%	2	12,5%	16	100,0%
E6 Registrar classificação no mapa do A&CR.	10	90,9%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%
E7 Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	10	66,7%	5	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	15	100,0%
E8 Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	10	83,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	12	100,0%
E9 Reclassificar as usuárias quando necessário.	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	0	0,0%	12	100,0%
E10 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	12	66,7%	5	27,8%	1	5,6%	0	0,0%	18	100,0%
E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	13	65,0%	6	30,0%	0	0,0%	1	5,0%	20	100,0%
E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	19	95,0%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	20	100,0%
EO1 Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%	0	0,0%	11	100,0%
EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	6	54,5%	5	45,5%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%
EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	5	45,5%	5	45,5%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,0%
EO4 Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	9	81,8%	2	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	11	100,0%

Fonte: A Autora.

A aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes obteve-se a *lente diagnóstica (4)* da maternidade Santa Isabel (Figura 8). Assim, visualizaram-se as prioridades para a segurança do paciente materno infantil na instituição em estudo.

Figura 8 - Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM DEFICIÊNCIA		
Técnicos e Auxiliares	TA1	67,16
	TA2	49,25
	TA3	58,00
	TA4	21,21
	TA5	25,00
	TA6	28,79
	TA7	51,92
	TA8	26,87
	TA9	22,39
Enfermeiros	E1	35,00
	E2	27,78
	E3	27,78
	E4	61,54
	E5	25,00
	E6	9,09
	E7	33,33
	E8	16,67
	E9	41,67
	E10	33,33
	E11	35,00
	E12	5,00
E. Obstetras	E01	54,55
	E02	45,45
	E03	54,55
	E04	18,18

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

Na figura 8, a lente diagnóstica (4) da Maternidade Santa Isabel, visualizaram-se como áreas críticas nas atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), com grau de vergência > 60. Seguido pelas áreas também críticas composta pelos itens: **TA3** (Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco), **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento). Quanto aos enfermeiros, a atribuição **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), acentua-se por apresentar grau de vergência > 60. Enquanto os enfermeiros obstetras, os itens **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário) e **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher), com tons de gradientes alaranjados, índices de vergência > 50.

Como potencialidades para a segurança materno-infantil percebeu-se principalmente as atribuições dos itens **E12** (Registrar em livro próprio as ocorrências do setor) e **E6** (Registrar classificação no mapa do A&CR), que apresentam gradiente < 10.

A lente Decisória (5) da Maternidade Santa Isabel (Figura 9) indicou através das áreas vermelhas a necessidade de intervenção para melhoria da segurança do paciente de acordo com as dimensões da governança clínica agravada, sobretudo, em ‘responsabilidade’, ‘segurança no cuidado’, ‘promoção da qualidade’, ‘educação’ e ‘gestão’.

Figura 9 - Matriz Decisória – Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Santa Isabel, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	95,4	104,4	89,4	92,8	107,0	105,5	93,6
	TA2	65,6	91,3	70,8	78,9	89,8	89,0	74,2
	TA3	84,0	104,5	76,5	80,6	103,7	96,2	75,4
	TA4	39,3	68,7	47,8	44,1	68,0	67,1	40,8
	TA5	42,9	69,3	51,5	47,3	66,2	70,5	42,5
	TA6	47,3	59,4	56,3	72,5	69,0	66,0	47,5
	TA7	71,8	89,5	85,0	75,5	98,3	97,4	73,0
	TA8	44,9	53,6	56,8	48,5	86,0	57,0	54,9
	TA9	51,1	59,0	39,4	64,1	74,9	54,0	38,3
Enfermeiros	E1	64,2	78,4	70,7	52,3	69,0	76,8	49,8
	E2	57,6	70,8	43,8	54,0	76,1	60,9	48,2
	E3	56,1	64,9	61,1	58,6	62,4	64,3	48,0
	E4	86,7	95,4	83,6	90,4	113,8	93,0	82,5
	E5	52,3	62,7	62,2	49,2	62,0	61,1	45,0
	E6	36,9	42,3	41,8	33,7	43,2	49,0	27,9
	E7	58,1	68,4	64,6	70,5	75,3	57,6	54,9
	E8	65,8	47,0	42,5	38,7	51,9	45,4	36,2
	E9	67,8	80,1	77,0	70,5	79,4	84,6	57,8
	E10	65,8	69,1	65,4	64,8	66,7	68,3	55,4
	E11	79,9	67,0	63,3	66,4	67,9	65,0	55,3
	E12	31,0	41,1	31,0	31,8	40,7	48,6	20,5
E. Obstetras	EO1	91,4	101,0	95,6	93,6	100,3	109,6	83,9
	EO2	85,8	84,6	80,9	82,3	88,8	91,9	73,2
	EO3	98,1	100,8	97,0	96,2	98,4	99,7	81,5
	EO4	53,7	59,1	47,7	49,0	75,0	74,2	41,0

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

Identificou-se com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem a necessidade de ação nas atribuições **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), e **TA3** (Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco), atingindo praticamente todas as dimensões da governança, acentuado principalmente em 'responsabilidade' e 'promoção da qualidade' (gradientes >103). Seguido de **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), apresentando-se mais crítico nas dimensões de 'responsabilidade' e 'segurança no cuidado' (gradiente >97). Outra atribuição que mereceu atenção para a 'promoção da qualidade' da assistência foi **TA2** (Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher), com grau de vergência > 90.

Considerando as atribuições dos enfermeiros o item **E4** (Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso) apresentou-se bastante crítico na dimensão de 'responsabilidade' (gradiente >110), alcançando negativamente todas as demais dimensões da governança clínica.

Enquanto as questões relacionadas aos enfermeiros obstetras observaram-se áreas quentes, respectivamente em, **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher) e **EO2** (Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher), acometendo todas as dimensões, com necessidade de intervenção menos acentuada apenas em dimensão sistêmica.

Avaliando de forma global as dimensões da governança clínica na maternidade Santa Isabel identificaram-se aspectos críticos nos itens **TA1**, **E4**, **EO1**, **EO3**, gradiente > 80 em todas as dimensões; e aspectos positivos em **E6**, **E12**, com gradiente < 50 na totalidade das dimensões.

7.4 Maternidade Duarte Coelho

Esta instituição dispõe de enfermeiros obstetras tanto na A&CR quanto na sala de parto do centro obstétrico, mas os questionários direcionados aos profissionais enfermeiros obstetras foram aplicados somente na sala de parto, do mesmo modo em todas as maternidades do estudo. As tabelas abaixo demonstraram os dados com os devidos percentuais agrupados por categoria profissional e taxa de resposta (Tabela 9), e distribuídos por profissional quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha (Tabela 10), conduzindo ao alcance do primeiro objetivo do estudo.

Explorando os resultados tabelados percebeu-se como potencialidades as atribuições que estão plenamente aplicadas (100%): **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), **E3** (Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado) e **EO2** (Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher).

Identificou-se como fragilidade para o cuidado seguro as atribuições direcionadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem, **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), com 11,4% de não aplicada. Relacionado aos enfermeiros: **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), com 13,6% de não aplicada; **E7** (Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento), apenas 62,5% de plenamente aplicada; e **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária), estando com 24,0% de aplicada com algumas deficiências.

Quanto aos enfermeiros obstetras verificou-se como principal vulnerabilidade o item **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher), 30,4% de aplicado com algumas deficiências.

Tabela 9 - Distribuição agrupada por categoria profissional e taxa de resposta na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019.

Categoria Profissional (Critérios)	n	Maternidade Duarte Coelho (n=96)			
		Plenamente Aplicada	Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências	Aplicada, mas com MUITAS Deficiências	Não Aplicada
		%	%	%	%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (n=48)					
TA1	47	100,00	0,00	0,00	0,00
TA2	47	87,23	10,64	2,13	0,00
TA3	46	86,96	6,52	0,00	6,52
TA4	48	97,92	2,08	0,00	0,00
TA5	45	64,44	15,56	0,00	20,00
TA6	47	80,85	10,64	0,00	8,51
TA7	44	77,27	9,09	2,27	11,36
TA8	47	85,11	8,51	0,00	6,38
TA9	48	91,67	6,25	2,08	0,00
Enfermeiros (n=25)					
E1	25	92,00	4,00	0,00	4,00
E2	25	96,00	4,00	0,00	0,00
E3	24	100,00	0,00	0,00	0,00
E4	22	63,64	22,73	0,00	13,64
E5	25	84,00	8,00	0,00	8,00
E6	23	65,22	17,39	0,00	17,39
E7	24	62,50	33,33	0,00	4,17
E8	21	71,43	4,76	0,00	23,81
E9	25	88,00	8,00	0,00	4,00
E10	25	76,00	24,00	0,00	0,00
E11	25	88,00	8,00	0,00	4,00
E12	24	91,67	8,33	0,00	0,00
Enfermeiro Obstetra (n=23)					
EO1	23	82,61	17,39	0,00	0,00
EO2	23	100,00	0,00	0,00	0,00
EO3	23	69,57	30,43	0,00	0,00
EO4	23	95,65	4,35	0,00	0,00

Fonte: A Autora.

Tabela 10 - Distribuição da taxa de resposta da Maternidade Duarte Coelho quanto à aplicabilidade das atribuições de enfermagem constante do Manual da Rede Cegonha, Recife, 2019.

	Maternidade Duarte Coelho									
	1		2		3		4		Total	
	1.0 Plenamente Aplicada		2.0 Aplicada, mas com ALGUMAS Deficiências		3.0 Aplicada, mas com MUITAS Deficiências		4.0 Não Aplicada		Contagem	Linha N %
	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %	Contagem	Linha N %
TA1 Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.	47	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	47	100,0%
TA2 Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.	41	87,2%	5	10,6%	1	2,1%	0	0,0%	47	100,0%
TA3 Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.	40	87,0%	3	6,5%	0	0,0%	3	6,5%	46	100,0%
TA4 Aferir sinais vitais da mulher.	47	97,9%	1	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	48	100,0%
TA5 Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.	29	64,4%	7	15,6%	0	0,0%	9	20,0%	45	100,0%
TA6 Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.	38	80,9%	5	10,6%	0	0,0%	4	8,5%	47	100,0%
TA7 Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguarda atendimento.	34	77,3%	4	9,1%	1	2,3%	5	11,4%	44	100,0%
TA8 Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.	40	85,1%	4	8,5%	0	0,0%	3	6,4%	47	100,0%
TA9 Realizar passagem de plantão regulamente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.	44	91,7%	3	6,3%	1	2,1%	0	0,0%	48	100,0%
E1 Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.	23	92,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%	25	100,0%
E2 Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.	24	96,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	100,0%
E3 Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.	24	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	24	100,0%
E4 Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.	14	63,6%	5	22,7%	0	0,0%	3	13,6%	22	100,0%
E5 Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.	21	84,0%	2	8,0%	0	0,0%	2	8,0%	25	100,0%
E6 Registrar classificação no mapa do A&CR.	15	65,2%	4	17,4%	0	0,0%	4	17,4%	23	100,0%
E7 Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.	15	62,5%	8	33,3%	0	0,0%	1	4,2%	24	100,0%
E8 Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.	15	71,4%	1	4,8%	0	0,0%	5	23,8%	21	100,0%
E9 Reclassificar as usuárias quando necessário.	22	88,0%	2	8,0%	0	0,0%	1	4,0%	25	100,0%
E10 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.	19	76,0%	6	24,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	100,0%
E11 Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.	22	88,0%	2	8,0%	0	0,0%	1	4,0%	25	100,0%
E12 Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.	22	91,7%	2	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	24	100,0%
EO1 Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.	19	82,6%	4	17,4%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%
EO2 Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.	23	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%
EO3 Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.	16	69,6%	7	30,4%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%
EO4 Realizar passagem de plantão regulamente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.	22	95,7%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%

Fonte: A Autora.

Os serviços de A&CR e emergência obstétrica funcionam de forma informatizada, com sinalização e registro de prontuários feitos por meio eletrônico, justificando que as atribuições **E6** (Registrar classificação no mapa do A&CR), **E8** (Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios), **TA5** (Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco) apareceram com um percentual elevado de não aplicada, 17,4%, 23,8% e 20,0%, respectivamente.

A aplicação do modelo decisório de sobreposição de lentes obteve-se a *lente diagnóstica* (4) da Maternidade Duarte Coelho (Figura 10). Passando a identificar as atribuições de enfermagem de maior prioridade para segurança do paciente materno-infantil nesta instituição.

Na lente diagnóstica (4) da Maternidade Duarte Coelho (Figura 10) percebeu-se que nenhuma área destacou-se como áreas propriamente quentes, mas visualizaram-se áreas semicríticas nas atribuições: **TA5** (Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco), **E4** (Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso), **E7** (Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento), com grau de vergência > 35.

Enquanto que se identificou aspectos bastante positivos, gradiente de cores frias, nos itens **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), **E3** (Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado) e **EO2** (Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher), com o menor grau de vergência (gradiente=0). Seguido de: **TA4** (Aferir sinais vitais da mulher), **E2** (Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante) e **E04** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma), apresentando gradiente < 5.

Explorando a matriz decisória da Maternidade Duarte Coelho (Figura 11) constatou-se que nenhuma das dimensões chamou atenção com áreas críticas alarmantes (grau >100). Mas, as dimensões de ‘responsabilidade’, ‘segurança no cuidado’ e ‘promoção da qualidade’ foram prioritárias para investimentos em ações para melhoria da qualidade e segurança do paciente nesta maternidade.

Figura 10 - Diagnóstica - Lente 4 - relacionada às atribuições dos profissionais de enfermagem com deficiência na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM DEFICIÊNCIA		
Técnicos e Auxiliares	TA1	0,00
	TA2	12,77
	TA3	13,04
	TA4	2,08
	TA5	35,56
	TA6	19,15
	TA7	22,73
	TA8	14,89
	TA9	8,33
Enfermeiros	E1	8,00
	E2	4,00
	E3	0,00
	E4	36,36
	E5	16,00
	E6	34,78
	E7	37,50
	E8	28,57
	E9	12,00
	E10	24,00
	E11	12,00
	E12	8,33
E. Obstetras	EO1	17,39
	EO2	0,00
	EO3	30,43
	EO4	4,35

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

Os itens **TA5** (Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco) e **TA7** (Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento), relacionado aos técnicos e auxiliares de enfermagem, apareceram com áreas críticas as dimensões de 'segurança no

cuidado', 'responsabilidade' e 'promoção da qualidade'. Seguido da atribuição **TA8** (Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia), alertando principalmente para a dimensão de 'responsabilidade', (gradiente = 74). Como aspecto positivo, relacionado a esses profissionais, as dimensões de 'gestão' e 'dimensão sistêmica' aparecem como áreas praticamente em tons verdes ou não crítica, visualizando gradientes abaixo de 50, exceto **TA5**.

Quanto aos enfermeiros observam-se área crítica no item **E4** (Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso) associado a todas as dimensões, mas agravada na dimensão de 'responsabilidade', gradiente >88. Seguido de **E7** (Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento) e **E6** (Registrar classificação no mapa do A&CR), basicamente nas dimensões de 'responsabilidade' e 'segurança no cuidado', respectivamente.

A atribuição **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolatividade quanto aos problemas da mulher) direcionada aos enfermeiros obstetras, destacou-se a necessidade de intervenções a serem corrigidas em praticamente todas as dimensões da governança (grau de vergência > 70), à exceção de 'dimensão sistêmica'. Enquanto, o item **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), agravou-se principalmente na dimensão de 'segurança no cuidado' (gradiente >70).

Na Maternidade Duarte Coelho não se evidenciou na avaliação global nenhum aspecto crítico, ou seja, gradiente > 80 na totalidade das dimensões da governança clínica. Alcançando aspectos positivos relevantes nos itens **TA1**, **TA4**, **E3**, **EO2**, com gradiente < 50 em todas as dimensões.

Figura 11 - Matriz Decisória - Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - na Maternidade Duarte Coelho, Recife, 2019.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	28,2	37,3	22,2	25,6	39,9	38,4	26,4
	TA2	29,1	54,8	34,3	42,4	53,3	52,5	37,7
	TA3	39,0	59,5	31,5	35,7	58,8	51,3	30,4
	TA4	20,2	49,6	28,7	25,0	48,8	48,0	21,7
	TA5	53,5	79,9	62,1	57,9	76,7	81,1	53,1
	TA6	37,7	49,8	46,6	62,8	59,3	56,3	37,9
	TA7	42,6	60,3	55,8	46,3	69,1	68,2	43,8
	TA8	32,9	41,6	44,9	36,5	74,0	45,0	42,9
	TA9	37,1	44,9	25,3	50,1	60,8	39,9	24,2
Enfermeiros	E1	37,2	51,4	43,7	25,3	42,0	49,8	22,8
	E2	33,8	47,0	20,0	30,3	52,4	37,1	24,4
	E3	28,3	37,1	33,3	30,8	34,6	36,6	20,2
	E4	61,5	70,2	58,4	65,3	88,6	67,9	57,4
	E5	43,3	53,7	53,2	40,2	53,0	52,1	36,0
	E6	62,6	68,0	67,5	59,4	68,9	74,7	53,6
	E7	62,3	72,6	68,7	74,6	79,4	61,7	59,1
	E8	77,7	58,9	54,4	50,6	63,8	57,3	48,1
	E9	38,1	50,5	47,3	40,9	49,7	55,0	28,1
	E10	56,5	59,8	56,0	55,4	57,4	58,9	46,1
	E11	56,9	44,0	40,3	43,4	44,9	42,0	32,3
	E12	34,4	44,5	34,4	35,1	44,0	52,0	23,9
E: Obstetras	EO1	54,2	63,9	58,5	56,4	63,1	72,5	46,7
	EO2	40,4	39,1	35,4	36,8	43,4	46,5	27,7
	EO3	74,0	76,7	72,9	72,0	74,3	75,5	57,4
	EO4	39,9	45,3	33,8	35,2	61,2	60,4	27,2

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

7.5 Análise Comparativa

Analisando comparativamente as matrizes decisórias nas quatro instituições (figura 12), observaram-se semelhanças e inúmeras peculiaridades quanto à necessidade de priorização de investimentos e ações para melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, e conseqüentemente a redução de danos evitáveis, Indica através de evidencias científicas, e sob o olhar dos profissionais, as reais necessidades de cada maternidade.

Assim, relacionado às dimensões da governança clinica os resultados demonstraram que as dimensões com maiores preferências para o cuidado seguro foram 'responsabilidade', 'segurança no cuidado' e 'promoção da qualidade', respectivamente. Exibindo cores vermelhas graves, com índices de vergência mais acentuado na Maternidade Buarque de Macedo (chegando a 135,1) e menos acentuado na Maternidade Duarte Coelho (chegando a 88,6). Enquanto, 'dimensão sistêmica' aparece como uma maior uniformidade, resultando em menos prejuízos para uma assistência materno-infantil segura, demandando necessidade mínima de ações e investimentos. Acentuaram-se nas cores verdes, com menores índices de vergência em todas as maternidades do estudo, mas principalmente na Maternidade Duarte Coelho.

Quando observamos de forma global as dimensões da governança clinica, percebeu-se que as áreas críticas com os maiores gradientes de vergência foram verificadas na atribuição **EO1** (Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário), direcionada aos enfermeiros obstetras. Esta atribuição apareceu com gravidade equivalente nas maternidades, exceto na Duarte Coelho, onde se acentua em gravidade principalmente na dimensão de 'segurança no cuidado'.

Por conseguinte, a atribuição **EO1** apareceu com os maiores índices de vergência (135,1), na Maternidade Buarque de Macedo na dimensão de 'segurança no cuidado'. Seguida da Maternidade Mauricio de Nassau, em 'responsabilidade' e 'segurança no cuidado', grau de vergência de 131,9 e 131, respectivamente.

A maternidade Duarte Coelho apresentou os menores gradientes na dimensão de 'monitoramento clinico', no item **E2** (Chamar a mulher pelo nome,

solicitando também a presença de um acompanhante) (20); e nas dimensões de 'gestão' e 'monitoramento clínico' (20,2), nas atribuições **TA4** (Aferir sinais vitais da mulher) e **E3** (Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado), respectivamente, na mesma maternidade.

Chamou atenção, também, a atribuição **E4** (Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso) por apresentar gradiente na cor vermelha em 'responsabilidade' em todas as maternidades do estudo, evidenciando a necessidade de intervenção nessa atribuição direcionada aos enfermeiros. Além disso, observou-se na atribuição **E11**(Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário) direcionada aos mesmos profissionais, que a dimensão de 'gestão' carece de investimentos, principalmente na maternidade Mauricio de Nassau (vergência de 102,8), comparado com a maternidade Duarte Coelho (vergência de 58,9), na mesma dimensão da governança clínica, primordial para a segurança do paciente materno-infantil.

A atribuição **EO3** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher), evidenciou como aspecto positivo na maternidade Mauricio de Nassau (gradiente em todas as dimensões < 50), e de forma frágil nas demais maternidades, principalmente na Maternidade Santa Isabel (gradiente > 80 em todas as dimensões).

A continuidade da assistência é imprescindível para a segurança do paciente, dessa forma a atribuição **EO4** (Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma) denota sensibilidade em todas as dimensões da governança clínica na Maternidade Mauricio de Nassau em comparação com as demais. Ainda que, de forma homogênea todas as maternidades mereceram priorização em ação e investimento nessa atribuição, principalmente nas dimensões de 'responsabilidade' e 'segurança no cuidado'.

Figura 12 - Matrizes Decisórias – Lente 5 – Aplicação do Modelo de Sobreposição de Lentes - Gestão (1), da Ciência (2), da técnica (3) e diagnóstica (4) - nas Maternidades Maurício de Nassau, Buarque de Macedo, Santa Isabel e Duarte Coelho, Recife, 2019.

Matriz Decisória - Lente 5 - Maternidade Maurício de Nassau.									Matriz Decisória - Lente 5 - Maternidade Buarque de Macedo								
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)							ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica			Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	75,4	84,5	69,4	72,8	87,0	85,5	73,6	TA1	66,2	75,3	60,2	63,6	77,9	76,4	64,4	
	TA2	62,5	88,2	67,7	75,8	86,7	85,9	71,1	TA2	69,3	95,0	74,4	82,6	93,5	92,7	77,8	
	TA3	68,0	88,5	60,5	64,6	87,7	80,2	59,4	TA3	72,7	93,2	65,1	69,3	92,4	84,9	64,0	
	TA4	35,1	64,5	43,6	39,9	63,7	62,9	36,5	TA4	25,9	55,4	34,4	30,8	54,6	53,8	27,4	
	TA5	37,9	64,3	46,5	42,3	61,2	65,5	37,5	TA5	36,7	63,1	45,3	41,1	59,9	64,3	36,3	
	TA6	38,5	50,6	47,5	63,7	60,2	57,2	38,7	TA6	40,1	52,2	49,0	65,3	61,8	58,8	40,3	
	TA7	68,0	85,6	81,1	71,6	94,4	93,6	69,2	TA7	74,3	91,9	87,4	77,9	100,7	99,9	75,4	
	TA8	52,0	60,7	63,9	55,6	93,1	64,1	62,0	TA8	39,6	48,3	51,5	43,2	80,7	51,7	49,6	
	TA9	66,5	74,3	54,7	79,5	90,3	69,3	53,6	TA9	64,0	71,9	52,3	77,0	87,8	66,9	51,2	
Enfermeiros	E1	66,1	80,3	72,5	54,1	70,8	78,7	51,6	E1	51,0	65,2	57,4	39,0	55,7	63,6	36,5	
	E2	82,4	95,7	68,6	78,9	101,0	85,7	73,1	E2	90,7	103,9	76,8	87,1	109,2	94,0	81,3	
	E3	61,7	70,4	66,7	64,1	68,0	69,9	53,6	E3	54,4	63,2	59,4	56,9	60,7	62,6	46,3	
	E4	98,8	107,5	95,8	102,6	125,9	105,2	94,7	E4	65,1	73,9	62,1	68,9	92,2	71,5	61,0	
	EB	50,8	61,2	60,8	47,7	60,5	59,7	43,5	EB	41,6	52,0	51,5	38,4	51,2	50,4	34,3	
	EB	69,9	75,3	74,8	66,8	76,2	82,1	60,9	EB	42,8	48,2	47,7	39,7	49,1	55,0	33,8	
	E7	82,7	93,0	89,1	95,0	99,8	82,1	79,5	E7	59,6	69,9	66,0	71,9	76,7	59,0	56,4	
	EB	96,5	77,7	73,2	69,4	82,6	76,1	66,9	EB	67,4	48,5	44,0	40,2	53,4	46,9	37,7	
	EB	105,1	117,4	114,3	107,8	116,7	121,9	95,1	EB	69,6	82,0	78,8	72,4	81,2	86,4	59,6	
	E10	90,4	93,7	89,9	89,3	91,3	92,8	79,9	E10	89,0	92,3	88,5	88,0	89,9	91,5	78,6	
	E11	102,8	89,9	86,2	89,3	90,8	87,9	78,2	E11	88,4	75,5	71,8	74,9	76,4	73,5	63,8	
	E12	36,6	46,7	36,6	37,3	46,2	54,2	26,1	E12	35,1	45,2	35,1	35,9	44,8	52,7	24,6	
E Obstétricas	EO1	111,9	121,5	116,1	114,0	120,7	130,1	104,3	EO1	116,9	126,5	121,1	119,0	125,7	135,1	109,3	
	EO2	65,4	64,1	60,4	61,8	68,4	71,5	52,7	EO2	60,4	59,1	55,4	56,8	63,4	66,5	47,7	
	EO3	43,6	46,3	42,5	41,6	43,8	45,1	27,0	EO3	83,6	86,3	82,5	81,6	83,8	85,1	67,0	
	EO4	110,5	116,0	104,5	105,9	131,9	131,0	97,8	EO4	75,5	81,0	69,5	70,9	96,9	96,0	62,8	
Matriz Decisória - Lente 5 - Maternidade Santa Isabel									Matriz Decisória - Lente 5 - Maternidade Duarte Coelho								
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)							ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (D2)		DIMENSÕES DA GOVERNANÇA CLÍNICA (D1)						
		Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica			Gestão	Promoção da Qualidade	Monitoramento Clínico	Educação	Responsabilidade	Segurança no Cuidado	Dimensão Sistêmica
Técnicos e Auxiliares	TA1	95,4	104,4	89,4	92,8	107,0	105,5	93,6	TA1	28,2	37,3	22,2	25,6	39,9	38,4	26,4	
	TA2	65,6	91,3	70,8	78,9	89,8	89,0	74,2	TA2	29,1	54,8	34,3	42,4	53,3	52,5	37,7	
	TA3	84,0	104,5	76,5	80,6	103,7	96,2	75,4	TA3	39,0	59,5	31,5	35,7	58,8	51,3	30,4	
	TA4	39,3	68,7	47,8	44,1	68,0	67,1	40,8	TA4	20,2	49,6	28,7	25,0	48,8	48,0	21,7	
	TA5	42,9	69,3	51,5	47,3	66,2	70,5	42,5	TA5	53,5	79,9	62,1	57,9	76,7	81,1	53,1	
	TA6	47,3	59,4	56,3	72,5	69,0	66,0	47,5	TA6	37,7	49,8	46,6	62,8	59,3	56,3	37,9	
	TA7	71,8	89,5	85,0	75,5	98,3	97,4	73,0	TA7	42,6	60,3	55,8	46,3	69,1	68,2	43,8	
	TA8	44,9	53,6	56,8	48,5	86,0	57,0	54,9	TA8	32,9	41,6	44,9	36,5	74,0	45,0	42,9	
	TA9	51,1	59,0	39,4	64,1	74,9	54,0	38,3	TA9	37,1	44,9	25,3	50,1	60,8	39,9	24,2	
Enfermeiros	E1	64,2	78,4	70,7	52,3	69,0	76,8	49,8	E1	37,2	51,4	43,7	25,3	42,0	49,8	22,8	
	E2	57,6	70,8	43,8	54,0	76,1	60,9	48,2	E2	33,8	47,0	20,0	30,3	52,4	37,1	24,4	
	E3	56,1	64,9	61,1	58,6	62,4	64,3	48,0	E3	28,3	37,1	33,3	30,8	34,6	36,6	20,2	
	E4	86,7	95,4	83,6	90,4	113,8	93,0	82,5	E4	61,5	70,2	58,4	65,3	88,6	67,9	57,4	
	EB	52,3	62,7	62,2	49,2	62,0	61,1	45,0	EB	43,3	53,7	53,2	40,2	53,0	52,1	36,0	
	EB	36,9	42,3	41,8	33,7	43,2	49,0	27,9	EB	62,6	68,0	67,5	59,4	68,9	74,7	53,6	
	E7	58,1	68,4	64,6	70,5	75,3	57,6	54,9	E7	62,3	72,6	68,7	74,6	79,4	61,7	59,1	
	EB	65,8	47,0	42,5	38,7	51,9	45,4	36,2	EB	77,7	58,9	54,4	50,6	63,8	57,3	48,1	
	EB	67,8	80,1	77,0	70,5	79,4	84,6	57,8	EB	38,1	50,5	47,3	40,9	49,7	55,0	28,1	
	E10	65,8	69,1	65,4	64,8	66,7	68,3	55,4	E10	56,5	59,8	56,0	55,4	57,4	58,9	46,1	
	E11	79,9	67,0	63,3	66,4	67,9	65,0	55,3	E11	56,9	44,0	40,3	43,4	44,9	42,0	32,3	
	E12	31,0	41,1	31,0	31,8	40,7	48,6	20,5	E12	34,4	44,5	34,4	35,1	44,0	52,0	23,9	
E Obstétricas	EO1	91,4	101,0	95,6	93,6	100,3	109,6	83,9	EO1	54,2	63,9	58,5	56,4	63,1	72,5	46,7	
	EO2	85,8	84,6	80,9	82,3	88,8	91,9	73,2	EO2	40,4	39,1	35,4	36,8	43,4	46,5	27,7	
	EO3	98,1	100,8	97,0	96,2	98,4	99,7	81,5	EO3	74,0	76,7	72,9	72,0	74,3	75,5	57,4	
	EO4	53,7	59,1	47,7	49,0	75,0	74,2	41,0	EO4	39,9	45,3	33,8	35,2	61,2	60,4	27,2	

Fonte: A Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

As lentes decisórias evidenciam fragilidades graves no processo do cuidar, mas também possibilidades de reorganização dos serviços através de difusão de boas práticas. Em todas as dimensões da governança a atribuição **TA1** (Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável), destacou-se com gradiente de cor verde, como aspecto positivo na Maternidade Duarte Coelho, enquanto na Maternidade Santa Isabel identificou-se como aspecto negativo. Isso demonstra que boas experiências dentro da própria rede podem ser compartilhadas, a fim de localmente adequar as práticas assistenciais e minimizar os riscos. Verificou-se, também, na atribuição **E10** (Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher), onde na Maternidade Mauricio de Nassau percebeu-se como área não crítica (gradiente < 47), enquanto na Maternidade Santa Isabel identificou-se como fragilidade (gradiente > 81) a assistência prestada em todas as dimensões da governança clínica.

Experiências exitosas devem ser compartilhadas, assim verificou-se na Maternidade Duarte Coelho que atribuições como **E3** (Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado) e **EO2** (Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher) aparecem bem aplicadas em comparação com as demais maternidades do estudo, sugerindo a oferta de um serviço de melhor qualidade para a assistência segura ao paciente.

8 DISCUSSÃO

A análise das maternidades públicas da Cidade do Recife através do modelo decisório revelou um panorama que pode ser usado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

O processo de reorganização do trabalho, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico (A&CR) é um instrumento que favorece as maternidades desde a porta de entrada.

Assegura-se, assim, um acesso de melhor qualidade na assistência prestada, modificando positivamente os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Todas as maternidades possuem o serviço, sendo que apenas uma possui o serviço com o profissional enfermeiro obstetra na emergência obstétrica, sinalizando nos resultados como a maternidade que apresenta como potencialidade as atribuições de 'classificação do risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado', em todas as dimensões da governança clínica.

A presença do enfermeiro especialista traz como resultado uma maior satisfação de usuários e demais trabalhadores da equipe, permitindo aumento da eficácia clínica, amparado pela competência técnico-científica e comprometimento do profissional (SANTOS; RAMOS, 2012). Além de funcionar como um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência. Apesar da necessidade de parâmetros para dimensionar a assistência prestada pelo profissional enfermeiro obstetra na sala de parto, verifica-se que em pelo menos duas das maternidades pesquisadas o número desse profissional é insuficiente para a necessidade de um serviço hospitalar com assistência contínua e ininterrupta. É de fundamental importância a presença de equipe qualificada para atendimento nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal para redução de morbidades materna (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). A busca de qualidade deve ser um processo contínuo subsidiado pela competência técnico-científica e comprometimento do profissional.

No Brasil, a atuação da Enfermagem Obstétrica é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86) e seus desdobramentos. A Lei do Exercício

Profissional afirma a importância do acompanhamento do trabalho de parto, na realização de realizar partos sem distorções nos serviços hospitalares. Cada serviço precisaria avaliar quantas equipes são necessárias, de forma a garantir este quantitativo mínimo de profissionais. O dimensionamento de profissionais por número de leitos não se faz possível no caso de Enfermeiras Obstetras, onde a demanda de cuidado é variável dependendo do período do trabalho de parto e parto em que a mulher se encontra (MASSARI, 2017).

Identifica-se que apenas uma das maternidades possui dimensionamento mínimo adequado de enfermeiros obstetras, desde a A&CR, com a presença de pelo menos dois profissionais por escala de plantão de doze horas, até a sala de parto do centro obstétrico, com três profissionais por plantão de doze horas. O que traduz em melhores resultados nas atribuições direcionada ao uso do protocolo de forma adequada e melhor resolutividade na assistência ofertada. Nas demais maternidades a presença desse profissional ocorreu apenas na sala de parto do centro obstétrico e muitas vezes com quadro de pessoal insuficiente para atender a todos os plantões de doze horas. Enfermeiros qualificados melhoram a assistência ao cuidado, atuam de forma sistemática nos espaços de governança e na tomada de decisão, impactando em eficiência e efetividade do cuidado prestado ao paciente. Este fato é corroborado por estudos realizados na Europa em que a eficácia do cuidado é proporcional às habilidades da equipe de enfermagem, sugerindo reorganização e estímulo à qualificação para redução dos riscos na assistência prestada ao paciente (AIKEN *et al.*, 2017).

Diversos autores corroboram que, no Brasil, os erros ocorridos na rede hospitalar são consideravelmente maiores, devido à precariedade dos serviços prestados, dimensionamento inadequado, sobrecarga de trabalho, deficiência na qualificação e má remuneração dos profissionais, implicando em erros e consequências na assistência (GOMES *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2014). No estudo os resultados demonstraram que o dimensionamento de pessoal e a estrutura adequada favorecem o desenvolvimento de boas práticas e consequentemente melhores resultados na qualidade dos serviços oferecidos.

Na sistematização do processo de trabalho as atribuições quanto 'à necessidade de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento' apareceu como fragilidade, tanto na atribuição direcionada aos enfermeiros quanto aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Compete a equipe de enfermagem não

apenas acolher e classificar, mas também compreender a necessidade de priorização da reclassificação, atentando para as mudanças de sinais e sintomas apresentados pela gestante, oportunizando o tempo e orientando de forma clara a espera, minimizando os riscos de eventos adversos desde a entrada no serviço. Estudos realizados por Lorenzetti *et al.* (2014), corroboram com a importância da reorganização do processo de trabalho pela equipe de enfermagem para atender as reais necessidades dos usuários, possibilitando modelos assistenciais mais participativos e mais eficientes, diminuindo os desgastes e aumentando a satisfação para profissionais e pacientes.

Dificuldades na estrutura organizacional, de comunicação, além do comportamento individual dos profissionais levam a divergências coletivas no ambiente hospitalar. As instituições hospitalares têm o grande desafio de aprimoramento da qualidade da assistência prestada e, para isso, precisam garantir mecanismos para prevenção e minimização de incidentes e eventos adversos que comprometem a segurança do paciente. Em todo o mundo a qualidade do cuidado prestado é seriamente acometida pela ocorrência de EA. Em pesquisa realizada por Mendes *et al.* (2013) também no Rio de Janeiro, os EAs evitáveis foram responsáveis por 373 dias adicionais de permanência no hospital, tendo como causa mais frequente as Infecções Associadas aos Cuidados da Saúde (IACS), incidência comum em países em desenvolvimento. Outro fator que contribuiu para a ocorrência de EA evitável, segundo o estudo, foi o não cumprimento aos protocolos e diretrizes clínicas pelos profissionais de saúde, ficando em torno de 55,9%. Desta forma, estabelecer ações corretivas e preventivas, através de monitoramento e desenvolvimento de análises, a serem compartilhado com os profissionais (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

No Brasil, os programas de humanização da assistência preconizam a assistência segura ao parto, evitando intervenções desnecessárias. O item 'atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário' apresentou-se crítico em todas as dimensões da governança clínica na maioria das maternidades. Assim, compromete a responsabilidade das instituições na primordial finalidade de garantir a segurança da mãe e o bebê do parto ao nascimento, a fim de minimizar o sofrimento materno (DORNFELD, 2011). A prática do cuidado, baseado em

protocolos, diminuem os riscos de erros e aumenta a segurança do paciente, porque é a ferramenta que apoia a decisão clínica (MORRIS, 2002).

Constatou-se que a atribuição 'escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher' encontra-se vulnerável em todas as maternidades, havendo a necessidade de intervenção prioritária, visto que a relação paciente profissional é fundamental para o cuidado seguro. A equipe de enfermagem exerce suas atribuições com insatisfação profissional, desencadeados, muitas vezes, pela fadiga emocional devido a elevada carga de trabalho e alta rotatividade dos vínculos empregatícios, implicando em prejuízo na assistência direta ao paciente (WISNIEWSKI *et al*, 2015). Considera-se imprescindível investimento em ações para apoiar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro dando condições de trabalho para uma assistência humanizada. Estudo realizado na Austrália concluiu que, para o desenvolvimento e a manutenção de um serviço de uma maternidade segura e de alta qualidade, as enfermeiras desempenham papéis centrais na melhora do desempenho, em funções de treinamento e organização do trabalho em equipe (SINNI; WALLACE; CROSS, 2014).

A equipe de enfermagem é parte essencial no processo de identificação de violência contra a mulher, de tal maneira que o protocolo de A&CR guia à necessidade de anexar a ficha de notificação durante o seu acolhimento. Ressalta-se que a violência sexual pode levar à gravidez indesejada, e traz consequências físicas e psicológicas à mulher. Identificou-se o desconhecimento ou pouca importância atribuída a ficha de notificação, revelando a necessidade de intervenção em praticamente todas as maternidades pesquisadas. Estudo produzido por Gaspar e Pereira, em 2018, apontou que a alta prevalência e subnotificação são notórias, causando diversos transtornos à mulher, na perspectiva individual, além de impactos negativos na sociedade, tanto comunitária quanto econômica.

De acordo com lei federal nº 11.108/2005, a gestante tem direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005). No estudo em questão, esse direito apresentou-se como aspecto negativo em metade das maternidades, ocasionando falhas assistenciais, sobretudo nas dimensões de 'responsabilidade' e 'promoção da qualidade', quando se considera a atribuição 'chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante'. Identificou-se que algumas maternidades apresentam espaço físico insuficiente, assegura acesso ao

acompanhante como direito apenas para as gestantes adolescentes, liberando acompanhante apenas do sexo feminino, com justificativa de minimizar a exposição às demais gestantes presentes no setor, e aponta como deficiência a infraestrutura do serviço. O acompanhante devidamente acolhido pela instituição, responde pelo apoio à parturiente nos aspectos emocionais e de conforto físico, além de, apesar do pouco conhecimento, o papel fiscalizador de possíveis erros na assistência prestada (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013). Portanto é primordial que seja incentivado sua presença, oferecendo as condições necessárias.

Outro agravante surgiu na necessidade do acompanhamento multidisciplinar vital para uma assistência qualificada. As atribuições 'estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher' e 'encaminhar usuária para serviço social e psicologia', revelaram-se como fragilidade na totalidade das dimensões de governança clínica em pelo menos metade das maternidades, compreendendo risco à segurança do paciente. Quando a equipe multidisciplinar passa a identificar as reais necessidades na prestação do cuidado tem-se a finalidade de minimizar os danos aos pacientes, passando a atuar preventivamente com capacidade de intervenção, caracterizando e corrigindo falhas latentes (AMAYA, 2009). É imprescindível a melhora na comunicação entre os profissionais baseada na confiança mútua entre a gestão, assistentes e colaboradores, reconhecendo a importância da governança institucional para aprimorar o processo de trabalho e reduzir a ocorrência de falhas na assistência (REIS, 2017).

Recente estudo demonstrou que a passagem de plantão é um componente que compromete a segurança do paciente, justificado pelas informações relevantes que podem ser perdidas ocasionadas por atrasos, saídas antecipadas, realização de cuidados e conversas paralelas (GONÇALVES *et al.*, 2016). Verificou-se que na maioria das maternidades pesquisada a atribuição de passagem de plantão apresenta fragilidade, necessário ações principalmente na dimensão de 'responsabilidade'. A padronização da passagem de plantão através de protocolos e treinamento é necessária para uma comunicação segura, funcionando como um meio para a resolução de problemas e conseqüentemente minimizando riscos tanto institucional quanto para o paciente materno-infantil (CORPOLATO *et al.*, 2019). Assegura a continuidade da assistência, assim como a integração da equipe (LORENZETTI *et al.*, 2014)

A literatura reflete que mais de 50% dos casos de óbitos maternos ocorrem por causas obstétricas diretas (BRASIL, 2006), considerando principalmente complicações relacionadas ao parto e trabalho de parto, e comprova a necessidade de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). A RDC nº 36/2013 estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente/NSP em serviços de saúde e disponibiliza pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016) o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Este Plano tem como objetivo identificar e minimizar riscos, corroborando com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde, reforçando a importância da vigilância, monitoramento e investigação dos incidentes relacionados à assistência à saúde pelos núcleos dos serviços de saúde, mas nenhuma das maternidades pesquisadas possui o serviço implantado.

No tocante as dimensões da governança clínica, a 'responsabilidade' e 'segurança do cuidado' ocupam as primeiras posições em áreas críticas em todas as maternidades, seguidas de maiores ou menores variações de gradiente. Refletem, assim, as dimensões de maiores preferências para investimentos a serem direcionados à segurança materno-infantil. Traduzindo a necessidade de compartilhar responsabilidades, investir em aprendizado contínuo, promover cultura de segurança e melhorar as relações entre paciente, profissional e gestão, além da adequação dos serviços para manutenção de ambiente seguro e gerenciamento de risco (VEENSTRA *et al.*, 2017). Contribuições imprescindíveis na garantia da qualidade da assistência segura em saúde.

Estudo realizado em maternidades de quatro hospitais americanos analisaram os desafios da comunicação interdisciplinar entre médicos obstetras e enfermeiros, e seus impactos para segurança do paciente, através da percepção comparativa sobre a tomada de decisão durante o trabalho de parto e nascimento. Metas no processo de trabalho, muitas vezes desordenadas entre estes profissionais, resultaram em comunicação potencialmente insegura, enfatizando que as relações interpessoais influenciam na qualidade da comunicação imprescindível para o bem estar da mulher em trabalho gravídico-puerperal (JACOBSON *et al.*, 2013). Atribuições de acolhimento, comunicação segura e trabalho em equipe, apareceram como áreas críticas na pesquisa, mais acentuada em 'responsabilidade', 'segurança do cuidado'

e 'promoção da qualidade', havendo necessidade de intervenções a fim de minimizar possíveis danos para a mãe e o bebê. Contudo a atribuição 'registrar em livro próprio as ocorrências do setor' apresentou-se de forma homogênea em todas as maternidades como potencialidade para segurança institucional e do paciente. Onde o Enfermeiro desempenha papel primordial para minimizar falhas de comunicação (DORNFELD, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2016; JACOBSON *et al.*, 2013).

As situações que predisõem ao risco de eventos adversos incluem avanço tecnológico com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, falha na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de trabalho. Segundo Oliveira *et al.* (2014), os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual, mas devem-se considerar como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. Pesquisa sucedida em hospitais africanos, avaliando hospitais de baixa renda, corrobora que a segurança do paciente é impactada pela deficiência na infraestrutura, e proporcional a dificuldades organizacionais, tanto de governança como de responsabilidade, devendo ser necessários esforços envolvendo profissionais de saúde e gestão para mudanças no ambiente hospitalar, principalmente cultural (AVELING *et al.*, 2015).

É de fundamental importância compreender a relação entre riscos, características dos cuidados à saúde e contribuir cientificamente com as instituições hospitalares, a fim de proporcionar a gestão de profissionais de enfermagem fundamentos para a melhoria da assistência. Os profissionais diretamente ligados à assistência ao paciente devem ser abordados para relacionarmos as reais necessidades na construção de uma assistência segura (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A qualificação permanente dos enfermeiros primando à assistência aos protocolos de segurança do paciente do Ministério da Saúde é imprescindível, a fim de favorecer à eficácia do cuidado prestado e reduzir a ocorrência de EA. O profissional enfermeiro deve ter a capacidade de detectar falhas no processo do cuidado e apresentar soluções que direcionem uma assistência segura ao paciente (GOMES *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2017).

Torna-se fundamental que seja estabelecido nas instituições de saúde pesquisadas um processo educativo permanente para a equipe multiprofissional, e em especial a equipe de enfermagem, com a inclusão de temas relativos aos

eventos adversos e melhoria contínua da segurança do cuidado ao paciente seguindo os protocolos e padrões de qualidade.

O tema segurança do paciente apesar de bastante atual e relevante, ainda é pouco explorado em estudos relacionados à área materno-infantil, inclusive com número reduzido de publicações em enfermagem no Brasil (GOMES *et al.*, 2017). Existe a necessidade de novas pesquisas para o aperfeiçoamento constante de estratégias juntamente com a gestão e profissionais de saúde na busca pela minimização de riscos a saúde da mãe e ao bebê (AMAYA, 2009).

Salvo que o desenvolvimento de pesquisa científica na área materno-infantil, para apoiar a prática baseada em evidências, reduz consequentemente, a mortalidade materna e perinatal resultantes de EAs oriundos da má qualidade na assistência à saúde. É imprescindível a responsabilidade da equipe de enfermagem na prestação do cuidado seguro.

9 CONCLUSÃO

A análise dos dados evidenciou que o resultado pode ser utilizado para orientar a tomada de decisão dos gestores para a assistência segura e de qualidade, reduzindo os riscos de danos ao paciente, como também aos profissionais envolvidos.

Observou-se no presente estudo a importância do profissional enfermeiro na tomada de decisão, além da necessidade da equipe especializada para melhoria do processo de reorganização da prática assistencial e consequentemente redução de danos evitáveis ao paciente materno-infantil. Também é fundamental a disseminação da responsabilidade do profissional no processo do cuidar, oferecendo melhores condições estruturais e de trabalho, implantando e respeitando protocolos assistenciais para segurança do paciente materno-infantil, aliado a propagação da cultura de segurança.

Vale ressaltar que foi demonstrado que as dimensões da governança clínica de maiores preferências para o cuidado seguro foram 'responsabilidade', 'segurança do cuidado' e 'promoção da qualidade', apresentando especificidades inerentes a cada instituição. Ao passo que, 'dimensão sistêmica' aparece como uma maior uniformidade, resultando em menos prejuízos para uma assistência materno-infantil segura, demandando necessidade mínima de ações e investimentos.

Conclui-se que os princípios da governança clínica revelam uma nova luz sobre a gestão implicando uma consciência crítica necessária às mudanças nas práticas assistenciais. Enquanto, o modelo decisório de 'sobreposição de lentes' serve de ferramenta ao gestor por demonstrar de forma clara as necessidades específicas de cada maternidade pesquisada, direcionando a tomada de decisão, a fim de reorganizar o processo de trabalho, garantir a eficiência das ações e priorizar investimentos. Compreender o problema a partir de abordagem diversa possibilita propor intervenções para a concretização da assistência materno-infantil segura e de qualidade.

O estudo apresenta limitações relacionadas à aplicação do modelo em setores onde a assistência de enfermagem não é prioritariamente direcionada pelo protocolo de A&CR. Encontra-se facilidade na aplicação nos setores de A&CR e emergência obstétrica, e dificuldade de aplicação em alguns questionamentos relacionados aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem,

desde que estes estejam lotados apenas na sala de parto do centro cirúrgico e ou alojamento conjunto. Percebe-se carência em treinamento, pelos profissionais, em aspectos básicos do protocolo, mesmo devendo ser do conhecimento de todos. Entretanto, apesar das limitações, o modelo inovador propiciou valiosas contribuições para análise da aplicação das atribuições de enfermagem para segurança materno-infantil, servindo de subsídio para futuras pesquisas quantitativas relacionadas à governança clínica e segurança materno- infantil em enfermagem.

É importante salientar que, embora haja, há mais de uma década, encorajamento de diversas organizações para promoção da segurança do paciente, percebe-se que existem diversos obstáculos estruturais nos serviços de saúde que prejudicam a assistência segura e de qualidade.

Recomenda-se a pactuação com os órgãos de gestão nos espaços de governança das instituições, alinhado aos órgãos de classe, na busca de estratégias primordiais para o cuidado seguro. Assim como a utilização pelos gestores das matrizes decisórias, estabelecendo compromissos na reorganização de trabalho da equipe de enfermagem, através da priorização da tomada de decisão baseada nas evidências científicas, oportunizando uma assistência materno-infantil mais efetiva, segura e eficiente. Estratégias efetivas para prevenção de riscos e danos aos pacientes devem ser seguidas através de protocolos específicos, vinculados a impedimento de falha na segurança, a fim de promover uma assistência de qualidade, com redução dos custos hospitalares e satisfação dos profissionais e dos usuários.

REFERÊNCIAS

ADUNLIN, G.; DIABY, V.; XIAO, H. Application of multicriteria decision analysis in health care: a systematic review and bibliometric analysis. **Health Expect**, Estados Unidos, v. 18, n. 6, p. 1894-905, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ANVISA).

AIKEN, L. H. et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care.. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 7, p. 559-568, jul. 2017.
Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

AMAYA, S. L. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria. **Revista Via Salud**, Bogotá, n.48, p.6-21, jul. 2009.

AVELING, E. L. et al. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals. **Global Health**, v.11, n. 6, p. 2-6, fev. 2015. Disponível em:
<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-015-0096-x>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Genebra: Banco Mundial, 2007.

BENNETT, P. N. et al. Professional nursing governance in a large Australian health service. **Contemporary Nurse**, v. 43, n. 1, p. 99-106, dez. 2012.

BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Brasília: Presidência da República, 2005.
Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>. Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 6 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-emObstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 12 out. 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.

CAMPOS, M. B. A. **Métodos multicritérios que envolvem a tomada de decisão**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CORPOLATO, R. C. et al. Padronização da passagem de plantão em unidade de terapia intensiva geral adulto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 95-102, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>. Acesso em: 30 nov. 2019.

DOLAN, J. G. Multi-criteria clinical decision support: A primer on the use of multiple criteria decision making methods to promote evidence-based, patient-centered healthcare. **Patient**, v. 3, n. 4, p. 229-248, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/115394700000000000-00000>. Acesso 30 mai. 2019.

DORNFELD, D. **A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento**. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre; 2011.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v.35, n.3, p. 105-112, jul./set. 2000.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-17, out./dez. 2013.

GANDHI, T. K. et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 12, p.1019-1026, jul. 2018.
Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2018/07/17/bmjqs-2017-007756.full.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

GARIBALDI, G. J.; MEDEIROS, K. R. **Conflitos e resistência a mudança do setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. (Caderno, planejamento e gestão em Saúde).

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p.08, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172617>. Acesso em: 26 set. 2019.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, A. T. L. et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 139-146, jan./fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>. Acesso em: 13 out. 2018.

GOMES, R. L. et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, jun. 2015.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/en_1413-8123csc-20-08-2431.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-8, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>. Acesso em: 18 nov. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. **Erros Acontecem: Construindo um sistema de saúde mais seguro**, Belo Horizonte: IESS, 2016.

JACOBSON, C. H. et al. Nurses' perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 5, p. 577-587, set./out. 2013.
Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12232>. Acesso em: 14 jan. 2018.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, out./dez. 2014.

MACEDO, T. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756-762, set./out. 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2019.

MARESCHAL, B.; DE SMET, Y. **Visual PROMETHEE**: Developments of the PROMETHEE & GAIA multicriteria decision aid methods. Hong Kong: IEEE, 2009.

MARTINS, M. et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 223, p. 2-8, set. 2011.

MASSARI, M. T .R. **Contribuições para o dimensionamento do quantitativo de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

MENDES JÚNIOR, W. V. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n.5, p. 421-428, set./out. 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104. Acesso em: 29 mar. 2019.

MOREIRA, L. M. C et al., Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, supl. 7, p. 48-55, 2012.

MORRIS, A. H. Decision support and safety of clinical environments. **Qual Saf Health Care**, v 11, n.1, p. 69-75, mar. 2002.

Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com>. Acesso em: 18 abr. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.122-129, jan./mar. 2014. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 01-10, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Genebra: OMS, 2009. (Final Technical Report and Technical).

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trends in maternal mortality : 1990 to 2015**. Genebra; OMS, 2012. Disponível em: <http://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/...> Acesso em: 20 mai. 2018.

PAIVA, M.; PAIVA, S.; BERTI, H. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_07.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

PEDROSO, M. **Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**, 2011. Tese (Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Dados maternidades, 2019**. Disponível em: <http://dados.recife.pe.gov.br/dataset/95b78bdd-f2bc-4f30-90bd-c3f311ba555f/resource/666c2a03-d18d-4520-8afc-6ae6a8d7d0ed/download/maternidades.csv>. Acesso em: 12 ago. 2018.

REIS, G. A. X. et. al. Implantação das Estratégias de Segurança do Paciente: Percepções de Enfermeiros Gestores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 2-9, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>. Acesso em: 20 jun. 2019.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1139-1160, abr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020>. Acesso em: 25 fev. 2019.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-18, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

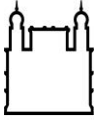
SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 317, n. 61, p.61-64, jul. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113460/pdf/61.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

SILVA, A. et al. Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.18, n. 3, jul./set. 2018.

SILVA, A. et al. Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: um modelo decisório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2018. No prelo.

- SILVA, A. et al. Governança clínica e cuidado seguro em enfermagem: validação do modelo decisório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2018. No prelo.
- SILVA, G. A. R. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 75-79, jan./mar. 2013.
- SINNI, S. V.; WALLACE, E. M.; CROSS, W. M. Perinatal staff perceptions of safety and quality in their service. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 591, nov. 2014.
- SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 311, p. 14, jul. 2014.
- SOUSA, P.; MENDES, W. **Criando Organizações Seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- VEENSTRA, G. L. et al. Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. **BMJ Open**, v. 7, n. 1, p. 1-7, jan. 2017.
Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/1/e012591.full.pdf>.
Acesso em: 18 jul. 2019.
- VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, supl. 1, p.141-152, 2011.
- VICENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **BMJ**, v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, abr. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945/pdf/1154.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.
- WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.
- WILSON, R. M. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ**, v. 344, mar., 2012.
Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- WISNIEWSKI, D. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.3, p. 850-858, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>. Acesso em: 10 dez. 2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA ENFERMEIROS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Instituto Aggeu Magalhães

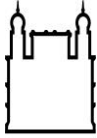
Pesquisa com Enfermeiros

- 1 Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
- 2 Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadrícula da escala que melhor represente a **Situação da Atribuição do ENFERMEIRO** em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
- 3 Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadrícula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
- 4 Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- 5 Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
 - () **Concordo** voluntariamente em participar da Pesquisa;
 - () **Não concordo** em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO				
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com <u>ALGUMAS</u> DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com <u>MUITAS</u> DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA	
ENFERMEIROS	E1	Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada.				
	E2	Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante.				
	E3	Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado.				
	E4	Anexar a ficha de "notificação de violência", quando houver suspeita ou confirmação de caso.				
	E5	Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher.				
	E6	Registrar classificação no mapa do A&CR.				
	E7	Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.				
	E8	Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.				
	E9	Reclassificar as usuárias quando necessário.				
	E10	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.				
	E11	Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.				
	E12	Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.				

Fonte: Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA ENFERMEIROS OBSTETRAS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

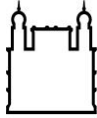
Pesquisa com Enfermeiro Obstetra

- 1 Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
- 2 Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadrícula da escala que melhor represente a **Situação da Atribuição do ENFERMEIRO OBSTETRA** em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
- 3 Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadrícula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
- 4 Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- 5 Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
 - () **Concordo** voluntariamente em participar da Pesquisa;
 - () **Não concordo** em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO				
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com <u>ALGUMAS</u> DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com <u>MUITAS</u> DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA	
ENF. OBSTETRAS	EO1	Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário.				
	EO2	Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher.				
	EO3	Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher.				
	EO4	Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.				

Fonte: Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Instituto Aggeu Magalhães

Pesquisa com Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- 1** Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre a Aplicação Prática das **Atribuições dos Profissionais de Enfermagem** constante no Manual da Rede Cegonha e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida;
- 2** Nesta pesquisa você marcará um "X" na quadrícula da escala que melhor represente a **Situação da Atribuição do TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM** em sua Instituição (Com Escala de Plenamente Aplicada à Não Aplicada);
- 3** Caso apenas parte da pergunta esteja aplicada, marque a quadrícula Aplicada, mas com algumas deficiências ou Aplicada, mas com muitas deficiências, conforme a situação.
- 4** Caso não quiser responder uma questão, pode deixá-la em branco.
- 5** Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constante do verso, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e:
 () **Concordo** voluntariamente em participar da Pesquisa;
 () **Não concordo** em participar.

CATEGORIAS	ATRIBUIÇÃO	ESCALA DE APLICABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO				
		PLENAMENTE APLICADA	APLICADA, mas com ALGUMAS DEFICIÊNCIAS	APLICADA, mas com MUITAS DEFICIÊNCIAS	NÃO APLICADA	
TÉCNICO E AUXILIARES	TA1	Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável.				
	TA2	Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher.				
	TA3	Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco.				
	TA4	Aferir sinais vitais da mulher.				
	TA5	Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco.				
	TA6	Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso.				
	TA7	Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento.				
	TA8	Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.				
	TA9	Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.				

Fonte: Autora, a partir de Silva *et al.* (2018).

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Instituto Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Segurança do paciente materno-infantil nas maternidades da cidade do Recife: uma análise da aplicação das atribuições de enfermagem**”. A presente pesquisa está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa de forma intencional, por ser Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra, ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem que possui atribuições em Maternidade Pública da Cidade do Recife. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é analisar a aplicação das atribuições de enfermagem para a segurança do paciente materno-infantil nas maternidades da Prefeitura da Cidade do Recife.

Sua participação está restrita a 1ª Etapa da Pesquisa, que consiste em responder de forma objetiva a um questionário estruturado em forma de escala (de Plenamente Aplicada à Não Aplicada) que melhor represente a **Situação Atual das Atribuições da Enfermagem** em sua instituição. As atribuições constantes do questionário foram extraídas do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014, da Rede Cegonha/DAPES/SAS do Ministério da Saúde e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser respondido. O principal risco associado à sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a

oportunidade de preparar um instrumento para mapear os riscos à segurança de pacientes materno-infantis em ambiente hospitalar, buscando contribuir para sua melhoria.

A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Não é obrigatória a sua assinatura, mas para participação da pesquisa você precisará marcar a quadricula do questionário confirmando a leitura deste termo e da sua concordância voluntária. Uma via deste termo será entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Pesquisador Responsável: SILVÂNIA REGINA BARBOSA PEREIRA SANTOS.

Endereço: Av. Profº Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE - Recife - PE - CEP: 50.740-465.

E-mail: silvaniaregina3@gmail.com - **Fone:** (81) 999769839

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Recife, _____ de _____ de 2019.

APÊNDICE E – PROJETO DE INTERVENÇÃO

SILVÂNIA REGINA BARBOSA PEREIRA SANTOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, orientada pelo Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Recife

2020

1 INTRODUÇÃO

Este projeto surge como um grande desafio na intenção de provocar nos gestores e profissionais de saúde mudanças que possibilitem a intensificação de ações, visando à redução de danos evitáveis à mulher e à criança. Objetivando apresentar aos gestores da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, os resultados da pesquisa intitulada “Governança clínica e cuidado seguro materno infantil: uma análise das atribuições da enfermagem”, desenvolvido no Instituto Aggeu Magalhães//Fiocruz/PE.

A pesquisa trás uma abordagem avaliativa sobre questões emergentes da prática dos profissionais de enfermagem nos processos de segurança do paciente, relacionada com a estratégia organizacional nas dimensões da governança clínica. Contribui, dessa forma, para a utilização teórica dos conceitos e a sua aplicabilidade, a fim de favorecer a mudança de comportamento e diminuição de riscos de eventos adversos, no compromisso com a responsabilidade de uma maternidade segura.

O estudo foi realizado em todas as maternidades municipais geridas pela Prefeitura do Recife, e desta forma, contribui como instrumento para o planejamento de estratégias voltadas a segurança do paciente materno infantil dessas instituições, partindo do processo de trabalho relevante da equipe de enfermagem. Sugerindo que gestores passem a adotar prioridades na tomada de decisão, estabelecendo compromissos e passando a coordenar de forma estruturada os protocolos, procedimentos e rotinas, na busca por uma assistência materno infantil mais efetiva, segura e eficiente.

O desenvolvimento de estratégias para garantir o cuidado seguro nas instituições de saúde deve ser uma meta organizacional, visando melhorar as relações de trabalho entre a gestão e a equipe multiprofissional, tendo como finalidade primordial a redução de danos evitáveis ao paciente. Isso significa incorporar sistema de avaliação e monitoramento eficazes, através de padronização de processos integrados e específicos, reorganizando as competências a serem desempenhadas na garantia da segurança do paciente e, conseqüentemente, da confiabilidade na assistência.

É importante que exista a consciência institucional que só é possível reconhecer e prevenir incidentes, se estes forem identificados e analisados, permitindo desta forma a construção de uma instituição que presta cuidados

verdadeiramente seguros e de qualidade. A utilização do Modelo Decisório de priorização de investimentos e ações para segurança do paciente materno-infantil, baseado na ‘sobreposição de lentes’ para análise das melhores estratégias para o cuidado seguro nas maternidades da Prefeitura da Cidade do Recife, contribui como o ponto de partida para iniciar o planejamento para a tomada de decisão (SILVA *et al.*, 2018).

2 OBJETIVOS

O projeto tem por objetivos:

- a) Apresentar a Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, os resultados da pesquisa intitulada “Governança clínica e cuidado seguro materno infantil: uma análise das atribuições da enfermagem”.
- b) Propor a utilização das matrizes de priorização para investimentos e ações para melhoria da segurança do paciente materno-infantil baseada nas dimensões da governança clínica, nas maternidades sob gestão municipal da Cidade do Recife.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O projeto de intervenção será apresentado a Secretaria Municipal de Saúde do Recife/PE em abril de 2020, e contemplará gestores e profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem das maternidades municipais da Cidade do Recife.

A cidade do Recife possui quatro maternidades sob gestão municipal, três geridas por administração direta e certificadas como ‘Hospital Amigo da Criança’ – Maternidade Arnaldo Marques, situada no bairro do Ibura; Maternidade Bandeira Filho, situada no bairro de Afogados; Maternidade Barros Lima, situada no bairro de Casa Amarela – e uma administrada por Organização Social de Saúde (OSS) - Hospital da Mulher do Recife, situado no bairro do Curado - já iniciou o processo de certificação (RECIFE, 2019).

A avaliação do cuidado seguro na enfermagem das maternidades de gestão municipal da Cidade do Recife foi analisada através do modelo decisório para ações e investimentos. Incorporando **de maneira transparente múltiplas considerações em um processo de tomada de decisão**, beneficiando o gestor e os profissionais de saúde. Este modelo possui um formato de matriz em que as dimensões da governança clínica possibilitam a integração com os objetivos e metas organizacionais nas áreas da gestão, promoção da qualidade, monitoramento clínico, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica.

4 RESULTADOS

Almeja-se com esse projeto a pactuação com os órgãos de gestão nos espaços de governança das instituições, na busca de estratégias primordiais para o cuidado seguro. Assim como a utilização pelos gestores das matrizes decisórias, estabelecendo compromissos na reorganização de trabalho da equipe de enfermagem, através da priorização da tomada de decisão baseada nas evidências científicas, oportunizando uma assistência materno-infantil mais efetiva, segura e eficiente.

O desenvolvimento do projeto resulta em estratégias efetivas para prevenção de riscos e danos ao paciente materno-infantil, pois oportuniza alocar ações e investimentos direcionados às necessidades específicas para cada maternidade, a fim de promover uma assistência de qualidade, com redução dos custos hospitalares e satisfação dos profissionais e dos usuários.

5 AVALIAÇÃO

A implementação dos resultados da pesquisa realizada nas maternidades da Cidade do Recife através do modelo decisório pode ser utilizado para melhorar a transparência, consistência, responsabilidade, credibilidade e aceitabilidade da tomada de decisão sobre a implementação de cuidados integrados para garantir a segurança do paciente materno-infantil.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Silvânia Regina Barbosa Pereira. **Governança clínica e cuidado seguro materno-infantil: uma análise das atribuições de enfermagem**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

SILVA, A. et al. Segurança do paciente materno-infantil: uma análise multicritério das preferências decisórias dos enfermeiros gestores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.18, n. 3, jul./set. 2018.

SILVA, A. et al. Governança clínica e cuidado seguro de enfermagem: um modelo decisório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2018. No prelo.

SILVA, A. et al. Governança clinica e cuidado seguro em enfermagem: validação do modelo decisório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2018. No prelo.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Dados maternidades, 2019**.

Disponível em: <http://dados.recife.pe.gov.br/dataset/95b78bdd-f2bc-4f30-90bd-c3f311ba555f/resource/666c2a03-d18d-4520-8afc6ae6a8d7d0ed/download/maternidades.csv>. Acesso em: 12 ago. 2018.

REIS, G. A. X. et. al. Implantação das Estratégias de Segurança do Paciente: Percepções de Enfermeiros Gestores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, julho, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 01-10, out./dez. 2016.

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE VÍNCULO AO MACROPROJETO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil
GRUPO DE PESQUISA EM GOVERNANÇA DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



|

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada **‘Avaliação do cuidado seguro na enfermagem nas maternidades da prefeitura da cidade do Recife: uma análise do modelo decisório’**, conduzida pelo pesquisador SILVANIA REGINA B. PEREIRA SANTOS, aluno do curso de MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 28 de agosto de 2018.

Profº. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR
Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – PLATAFORMA BRASIL

05/12/2017

Plataforma Brasil

Saúde



[Esqueceu a senha?](#) [Cadastre-se](#) v3.2

Você está em: [Público](#) > [Buscar Pesquisas Aprovadas](#) > [Detalhar Projeto de Pesquisa](#)

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS).
 Pesquisador Responsável: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Contato Público: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 14/06/2016



DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Cidade: RECIFE

DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 6190 - FIOCRUZ/ CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
 Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Telefone: (81)2101-2639
 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Silvania Regina Barbosa Pereira Santos**, pesquisadora do Programa do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE, a desenvolver pesquisa na Policlínica e Maternidade PROF^o Arnaldo Marques, Maternidade Prof^o Bandeira Filho, Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima e Hospital da Mulher do Recife Dra Mercedes Pontes Cunha, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Segurança do paciente materno-infantil nas maternidades da cidade do Recife: uma análise da aplicação das atribuições de enfermagem**”, sendo orientada por Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá

assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;

- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 28 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,


Tulio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ferraz de Souza
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
na Saúde/FES/DEG FES/SE-SAU
Matrícula nº 104.128-2

