

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

**Construção de um protótipo de instrumento para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades no Brasil**

Rio de Janeiro

2023

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

**Construção de um protótipo de instrumento para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Margareth Crisóstomo Portela.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Construction of a prototype instrument to assess the quality of maternal and neonatal care in public maternity hospitals.

R696c Rodrigues, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz.  
Construção de um protótipo de instrumento para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades no Brasil / Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues. -- 2023.  
250 f. : il.color.

Orientadora: Margareth Crisóstomo Portela.  
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 135-147.

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 4. Serviços de Saúde. 5. Indicadores de Qualidade e Assistência à Saúde. I. Título.

CDD 618.24

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues

**Construção de um protótipo de instrumento para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Aprovada em: 30 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Elisabeth Lopes Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Silva Martins  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lenice Gnocchi da Costa Reis  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico uma homenagem especial à minha avó, matriarca da família Loureiro, Almerinda Loureiro (*in memoriam*), que tanto me incentivou, desde pequena, para que eu chegasse até aqui. Agradeço por todo apoio e dedicação ao longo da minha caminhada acadêmica; pelas refeições preparadas com tanto amor e carinho, enquanto eu me debruçava sobre os livros; e por me defender do mundo e das pessoas quando precisei. Hoje, ficou a saudade, a gratidão e o amor eterno. Também não poderia deixar de homenagear o meu amor, parceiro de vida, Bernardo Queiroz, que sempre acreditou em mim. Obrigada pela abdicção, apoio e pelos cafés preparados na madrugada enquanto eu estudava. Meu muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força espiritual, fé e tranquilidade nos momentos de desânimo e ansiedade.

À minha querida mãe, Cássia Cristina, e meus irmãos André Loureiro e Mariana Loureiro, pela atenção e por compreender as minhas ausências durante essa caminhada acadêmica.

Ao meu marido, Bernardo Queiroz, por todo carinho, paciência, suporte e presença constante.

À minha querida orientadora, Margareth Portela, pelo apoio, incentivo e confiança durante a minha trajetória acadêmica.

Aos meus professores, pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências, que tanto contribuíram para a minha formação acadêmica e profissional.

A todos os meus amigos queridos, que tanto contribuíram para que eu chegasse até aqui. Em especial, as minhas amigas Letícia Janotti, Tatiana Ferreira, Helena Reis, Cláudia Correa, Vanessa Villela e Sabrina Machado, com as quais pude compartilhar angústias, anseios e conquistas oriundas desta minha trajetória acadêmica.

A todos, manifesto os meus mais sinceros agradecimentos!

“Saúde é a ausência do medo. Democracia é saúde”.

(AROUCA, 1986)

## RESUMO

A mortalidade materna e infantil é apontada como um grave problema de saúde pública, sublinhando a importância do componente neonatal. Em sua grande maioria, são mortes evitáveis, decorrentes de falhas e desvios na qualidade do cuidado de saúde. O objetivo do estudo foi construir um protótipo de instrumentos de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal para maternidades no Brasil. O estudo envolveu três etapas: 1 - adaptação transcultural de 342 itens de avaliação propostos pela OMS, tradução, retrotradução, painéis de especialistas para aplicação do Método Delphi e consenso final, e seleção dos itens considerados pertinentes; 2 - construção do protótipo com instrumentos de avaliação endereçados a gestores, profissionais de saúde provedores de cuidado e mulheres atendidas nas maternidades e 3 - testes dos instrumentos junto aos três grupos de interesse. O teste do protótipo incluindo os três instrumentos abrangeu estudo transversal em 7 maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, com realização de análise fatorial das respostas obtidas. Um total de 342 itens foram julgados quanto à sua recomendação, através do Método Delphi. Para 118 itens houve concordância de 100% quanto à sua recomendação e foram selecionados automaticamente para compor os instrumentos; 26 foram avaliados como não recomendados, 24 foram excluídos por duplicidade e 4 por equivalência. Já os itens em que houve a necessidade de ajustes e aqueles em que não houve consenso entre os avaliadores foram submetidos a um novo painel de especialistas para consenso final em interação simultânea. Ao todo, 172 itens foram submetidos ao painel de especialistas, e 26 não foram recomendados para compor o instrumento. No conjunto, 186 dos 342 itens propostos pela OMS constituíram os instrumentos, aplicados junto a 07 gestores, 125 profissionais prestadores de cuidado e 126 mulheres atendidas nas maternidades. Na análise fatorial, identificaram-se três fatores para o instrumento dos profissionais: atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto, atendimento ao recém-nascido e aspectos relacionados aos profissionais de saúde. De maneira substancial, as mulheres deram respostas uniformes e concentradas nos extremos na escala adotada sobre suas experiências nas diferentes maternidades, exceto com relação à orientação recebida por profissionais de saúde sobre os sinais de perigo após o parto, a sua satisfação com a experiência de parto e o ambiente físico na maternidade em que realizaram o parto, onde se observou maior variabilidade. Da mesma forma, a maior parte das variáveis teve total homogeneidade entre os gestores, indicando pouco poder de discriminação da qualidade do atendimento materno e neonatal. No conjunto, os instrumentos propostos, aplicados em contextos homogêneos, tiveram pouco poder de discriminação da qualidade das maternidades, em função das práticas reguladas dentro de uma mesma realidade municipal. É desejável a aplicabilidade dos instrumentos em outros contextos sanitários do país, a fim de verificar a variabilidade natural das respostas.

Palavras-chaves: qualidade da assistência à saúde; indicadores de qualidade e assistência à saúde; saúde materno-infantil; serviços de saúde materno-infantil.



## ABSTRACT

Maternal and child mortality is identified as a serious public health problem, underlining the importance of the neonatal component. The vast majority are preventable deaths, resulting from failures and deviations in the quality of health care. The objective of the study was to build a prototype of instruments for evaluating the quality of maternal and neonatal care for maternity hospitals in Brazil. The study involved three stages: 1-cross-cultural adaptation of 342 assessment items proposed by WHO, translation, back-translation, expert panels for application of the Delphi Method and final consensus, and selection of items considered relevant; 2- construction of the prototype with evaluation instruments addressed to managers, health professionals care providers and women assisted in maternity wards; and 3-testing the instruments with the three groups of interest. The prototype test including the three instruments covered a cross-sectional study in 7 public maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro, with a factorial analysis of the responses obtained. A total of 342 items were judged for their recommendation using the Delphi Method. 118 items, there was 100% agreement regarding their recommendation and they were automatically selected to compose the instruments; 26 were evaluated as not recommended, 24 were excluded due to duplicity and 4 due to equivalence. The items for which there was 100% agreement regarding their recommendation were automatically selected to compose the instruments. The items in which there was a need for adjustments, and those in which there was no consensus among the evaluators, were submitted to a new panel of specialists for final consensus in simultaneous interaction. In all, 172 items were submitted to the expert panel, and, of these, 26 were not recommended for composing the instrument. Altogether, 186 of the 342 items proposed by the WHO constituted the instruments, applied to 07 managers, 125 professional care providers and 126 women assisted in the maternity wards. In the factorial analysis, three factors were identified for the professionals' instrument: assistance to women during labor and delivery; newborn care; aspects related to health professionals. Substantially, the women gave uniform answers and concentrated on the extremes of the adopted scale about their experiences in the different maternity hospitals, except with regard to the guidance received by health professionals about the danger signs after childbirth, their satisfaction with the childbirth experience, and the physical environment in the maternity ward where they gave birth, where greater variability was observed. Likewise, most of the variables were completely homogeneous among managers, indicating little power to discriminate the quality of maternal and neonatal care. As a whole, the proposed instruments, applied in homogeneous contexts, had little power to discriminate the quality of maternity hospitals, due to regulated practices within the same municipal reality. The applicability of the instruments in other health contexts in the country is desirable, in order to verify the natural variability of responses.

**Keywords:** quality of health care; quality indicators in health care; maternal and child health; maternal and child health services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Definição dos atributos da qualidade apresentados por Donabedian e IOM.....	28
Quadro 2 -	Adaptação das características dos modelos teóricos de atenção obstétrica.....	30
Quadro 3 -	Adaptação da lista de recomendações intraparto da OMS.....	33
Quadro 4 -	Adaptação da lista de recomendações sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva.....	35
Quadro 5 -	Componentes estruturais da Rede Cegonha.....	39
Quadro 6 -	Critérios sugeridos pela OMS para a identificação de casos de <i>near miss</i> materno.....	41
Quadro 7 -	Descrição dos critérios de <i>near miss</i> materno.....	41
Quadro 8 -	Fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes na assistência materna-neonatal.....	43
Figura 1 -	Modelo teórico para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal.....	45
Quadro 9 -	Práticas recomendadas intraparto e pós-natal que não constam nos padrões de atendimento do modelo teórico utilizado no estudo.....	46
Quadro 10 -	Perfil dos especialistas participantes do Método Delphi.....	54
Quadro 11 -	Constructos originais e utilizados de acordo com o perfil de especialistas participantes.....	57
Quadro 12 -	Perfil dos profissionais participantes do painel de especialistas.....	59
Quadro 13 -	Caracterização das maternidades públicas municipais quanto ao nível de complexidade, quantitativo de profissionais, número de leitos e total de nascimentos em 2022.....	62
Quadro 14 -	Método Delphi: Itens excluídos, “recomendados” e “recomendados fortemente”.....	74
Quadro 15 -	Itens submetidos ao painel de especialista.....	76
Figura 2 -	Scree plot.....	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número absoluto de nascidos vivos e óbitos fetais, por tipo de parto, no município do Rio de Janeiro no período de 2018 a 2020.....	49
Tabela 2 -	Número absoluto de internações por maternidade de 2019 a 2022.....	63
Tabela 3 -	Média e desvio padrão (DP) dos meses de experiência e de trabalho por maternidade onde trabalham os profissionais de saúde entrevistados no Rio de Janeiro, 2023.....	79
Tabela 4 -	Medidas de tendência central (quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido e desvio padrão) das variáveis do questionário dos profissionais no Rio de Janeiro, 2023.....	80
Tabela 5 -	Quantidade de fatores recomendados por diferentes critérios.....	83
Tabela 6 -	Itens e cargas fatoriais da solução de 3 fatores, na análise fatorial exploratória, matriz de covariância, método de extração ULS e método de rotação oblimin, amostra de profissionais no Rio de Janeiro, 2023....	85
Tabela 7 -	Correlação entre os fatores.....	87
Tabela 8 -	Valores de alfa de Cronbach e quantidade de itens.....	87
Tabela 9 -	Critérios utilizados e os índices de ajuste do modelo observado na amostra de profissionais de maternidades do Rio de Janeiro, 2023.....	88
Tabela 10 -	Cargas fatoriais estandarizadas da análise fatorial confirmatória com a amostra de profissionais de maternidades do Rio de Janeiro, 2023.....	88
Tabela 11 -	Frequência e porcentagem de tipos de parto por raça/cor em mulheres no Rio de Janeiro, 2023.....	90
Tabela 12 -	Frequência e porcentagem de tipos de parto por maternidade em mulheres no Rio de Janeiro, 2023.....	90
Tabela 13 -	Quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido, desvio padrão e categorias de resposta das variáveis do questionário das mulheres no Rio de Janeiro, 2023.....	91
Tabela 14 -	Quantidade de respondentes, porcentagem de resposta sim e não, quantidade de dados faltantes (NA) e o tipo de escala de resposta do questionário das mulheres no Rio de Janeiro, 2023.....	93

Tabela 15 -	Quantidade de meses de experiência e meses de experiência no trabalho dos gestores de sete maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023 .....	95
Tabela 16 -	Frequência, média e desvio padrão, dos gestores de cada maternidade entrevistada do Rio de Janeiro, 2023.....	96
Tabela 17 -	Respostas dos gestores de maternidades do Rio de Janeiro, 2023.....	100
Tabela 18 -	Respostas de cada gestor e porcentagem de sim para perguntas dicotômicas no Rio de Janeiro, 2023.....	102
Tabela 19 -	Porcentagem e taxas por hospital, e a média geral com base na resposta dos gestores de maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023.....	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCMB	Cuidado centrado na mulher e no bebê
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
DWLS	<i>Diagonally Weighted Least Squares</i>
EPA	Efeito do Plano Amostral
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
GCMP	Gestão de Complicações em Mulheres Puérperas
GCRN	Gestão de Complicações em Recém-nascidos
GRH	Gestão de Recursos Humanos
HUGG	Hospital Universitário do Gafree Guinle
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Concordância
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INI	Instituto Nacional de Infectologia
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MaCCS	<i>Australian Maternity Care Classification System</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NEMS	Núcleo Estadual do Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PC	Parto Cesárea
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PV	Parto Vaginal
QMNC	<i>Quality Maternal and Newborn Care</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEGP	Estruturas da Qualidade e Segurança do Paciente
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro
SIR	Sistema de Informação e Registros
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SOBRASP	Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
SREF	Sistema de Referência e Contrarreferência
SRMSR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediário
UFRJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UI	Unidade Intermediária
ULS	<i>Unweighted Least Squares</i>

UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNSD	<i>The United Nations Statistics Division</i> / Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
3.1	A QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITOS E APLICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	25
3.2	A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MODELOS DE ATENDIMENTO.....	29
3.3	O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICO NO BRASIL: DEFINIÇÃO, CARACTERÍSTICAS E INICIATIVAS .....	37
3.4	SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL.....	40
3.5	MODELO TEÓRICO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>48</b>
4.1	CONTEXTO .....	48
4.2	PROTOTIPAGEM.....	50
<b>4.2.1</b>	<b>Avaliação da equivalência conceitual e de itens .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Avaliação da equivalência semântica .....</b>	<b>52</b>
4.2.1.1	Tradução .....	52
4.2.1.2	Retrotradução .....	52
4.2.1.3	Método Delphi .....	53
4.2.1.4	Painel de especialistas para consenso final sobre itens a serem considerados.....	58
4.2.1.5	Proposição do instrumento e Pré-teste.....	61
4.4	ESTUDO SECCIONAL .....	62
<b>4.4.1</b>	<b>População, amostra e sujeitos do estudo.....</b>	<b>62</b>
4.4.1.1	Amostra.....	64
4.4.1.2	Seleção da amostra de profissionais e puérperas .....	64
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	65
<b>4.5.1</b>	<b>Método Delphi .....</b>	<b>65</b>



4.5.2	<b>Painel de especialistas.....</b>	65
4.5.3	<b>Estudo seccional.....</b>	65
4.5.3.1	Plano de análise estatística e modelos de medição	66
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	70
5	<b>RESULTADOS .....</b>	71
5.1	RELATÓRIO DA TRADUÇÃO.....	71
5.2	MÉTODO DELPHI .....	73
5.3	PAINEL DE ESPECIALISTAS .....	75
5.4	ESTUDO SECCIONAL .....	78
5.4.1	<b>Resultados do questionário apresentado aos profissionais de saúde de maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023.....</b>	78
5.4.1.1	Descritivos do questionário dos profissionais de saúde do Rio de Janeiro.....	79
5.4.1.1.1	<i>Amostra.....</i>	79
5.4.1.1.2	<i>Tendência central.....</i>	80
5.4.1.1.3	<i>Análise Fatorial Exploratória.....</i>	82
5.4.1.1.4	<i>Análise Fatorial Confirmatória.....</i>	88
5.4.2	<b>Análise do questionário apresentado às mulheres atendidas nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023.....</b>	89
5.4.2.1	Descritivo do instrumento de mulheres .....	89
5.4.2.1.1	<i>Amostra.....</i>	89
5.4.2.1.2	<i>Tendência central.....</i>	91
5.4.2.1.3	<i>Análise Fatorial.....</i>	94
5.4.3	<b>Resultados do questionário apresentado aos gestores de maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023.....</b>	95
5.4.3.1	Descritivos do protótipo de instrumento para gestores .....	95
5.4.3.1.1	<i>Análise de tendência central.....</i>	96
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	110
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	133
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	135
	<b>APÊNDICE A – CLASSIFICAÇÃO E RECLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL PROPOSTOS PELA OMS EM MEDIDAS DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.....</b>	148

<b>APÊNDICE B – DIVERGÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS TRADUÇÕES DE T1 E T2 .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE C – ANÁLISE DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA DOS ITENS, A VERSÃO SÍNTESE TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS E A VERSÃO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>	<b>240</b>
<b>APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO MULHERES.....</b>	<b>243</b>
<b>APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO GESTORES .....</b>	<b>247</b>

## APRESENTAÇÃO

Mundialmente, a mortalidade materno-infantil ainda é apontada como um grave problema de saúde pública (ORELLANA *et al.*, 2022). Estima-se que todos os dias mulheres morrem em decorrência de problemas que poderiam ter sido evitados ou manejados adequadamente e oportunamente durante a gestação, parto e puerpério. Em sua grande maioria, são mortes evitáveis, resultantes de falhas e desvios da qualidade durante a prestação dos cuidados de saúde (TINTORI *et al.*, 2022).

A redução da mortalidade materna é um compromisso do Brasil, signatário na Agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) desde o ano 2000, com a pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Nesta agenda, o governo brasileiro assume o compromisso com a sociedade civil, gestores e profissionais de saúde de reduzirem 75% a mortalidade materna no país. No entanto, a despeito de esforços institucionais, a meta não foi alcançada pelo Brasil e por muitos outros países (MOTTA; MOREIRA, 2021).

Do mesmo modo, a redução da mortalidade infantil também aparece nesta agenda de prioridades e compromissos firmados pelo governo brasileiro. No entanto, ao contrário da mortalidade materna, o Brasil avançou na redução dos óbitos infantis na grande maioria das Unidades Federativas, especialmente no componente pós-neonatal. Todavia, essa redução não foi tão notória no componente neonatal precoce (MARINHO *et al.*, 2020).

Em 2016, uma nova agenda global de compromissos é apresentada aos países. Trata-se dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), com metas firmadas pelos governos, que deverão ser alcançadas até 2030. Nesta agenda, o Brasil se compromete a reduções sequenciais de mortes maternas e infantis, em consonância com o pactuado no ODS 3, metas 3.1.1 e 3.2.2, que tratam, respectivamente, da razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal (IPEA, 2019).

Tendo em vista os desafios apresentados na direção de alcançar as metas pactuadas, o Ministério da Saúde lançou alguns programas que tiveram ênfase na atenção integral à saúde da mulher, como foi o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1975, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 80. Além destes programas, formulou políticas públicas voltadas para a melhoria da atenção obstétrica e reprodutiva, como foi o caso do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, nos anos 2000, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher e, mais recentemente, em 2011, a Política Nacional da Rede Cegonha. Esta última visa ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde, de modo a assegurar um cuidado integral e resolutivo, e, ao mesmo tempo, garantir o

direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe um conjunto de recomendações cientificamente validadas com o objetivo de subsidiar a oferta de cuidados à mulher e ao recém-nascido no âmbito das instituições de saúde e, deste modo, garantir um atendimento de qualidade durante a gestação, parto e puerpério (WHO, 2016).

Tais recomendações são substratos para a revisão e reformulação de políticas institucionais voltadas para a atenção materna e neonatal, bem como a definição e ajustes de prioridades às necessidades dessa população. Além do mais, podem ser usadas para informar o desempenho dos serviços na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; incentivar e aprimorar as práticas de monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal, com identificação das áreas mais críticas; e ressaltar os aspectos estruturais e de processo de trabalho que devem estar presentes para uma assistência segura e de qualidade (WHO, 2016).

Entendendo que os desfechos maternos e neonatais, em sua grande maioria, são variáveis dependentes de aspectos estruturais e de processo de trabalho, o tema central deste estudo é a construção de um protótipo de instrumento, a partir das recomendações da OMS, que possa ser utilizado por gestores para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades brasileiras.

O estudo se estrutura em capítulos e seções.

A introdução, que constitui o primeiro capítulo, apresenta uma breve contextualização sobre a morbimortalidade materno e neonatal no Brasil, a partir da discussão dos principais indicadores de morbimortalidade materno-infantil. Reflete e problematiza sobre os principais elementos potencialmente capazes de interferir na qualidade do cuidado materno e neonatal.

O segundo capítulo apresenta os objetivos contemplados pelo estudo.

O terceiro capítulo apresenta o referencial teórico, estruturado em três seções. A primeira seção discute a evolução do conceito de qualidade ao longo dos anos, seus atributos (ou dimensões) constituintes e sua relação no âmbito dos serviços de saúde; a segunda seção aborda os elementos que interferem diretamente na qualidade do cuidado materno e neonatal, e apresenta alguns dos modelos teóricos usados para o atendimento materno e neonatal pelos países; a terceira seção discute as características do modelo de atenção obstétrica no Brasil e suas características; a quarta seção discute a segurança do cuidado e o *near miss* materno e neonatal a partir do processo de atendimento à mulher e ao recém-nascido durante o pré-natal,

parto e puerpério; e a quinta seção aborda acerca do modelo teórico de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal proposto pela OMS.

O quarto capítulo descreve o percurso metodológico utilizado nas etapas de adaptação transcultural dos itens propostos pela OMS para o atingimento de alta qualidade no cuidado materno-infantil, seleção de itens para composição de instrumento de avaliação da qualidade do cuidado materno-infantil no Brasil, pesquisa de campo para teste do instrumento e análise dos dados.

O quinto capítulo apresenta os resultados obtidos em todas as etapas metodológicas do estudo.

O sexto capítulo apresenta a discussão dos resultados e as limitações.

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e infantil são dois indicadores epidemiológicos que expressam a situação de saúde e refletem as condições de bem-estar social, econômicas e de qualidade de vida de uma população (TINTORI *et al.*, 2022). Ainda que nas últimas décadas, tenha se observado uma redução significativa na taxa global da morbimortalidade materna e infantil, os problemas de qualidade ainda persistem em diversos países, sobretudo naqueles economicamente mais desfavorecidos, como é o caso dos países africanos e asiáticos, que representam, mundialmente, as maiores taxas de mortalidade materna (UNSD, 2022).

Define-se por mortalidade materna, o óbito de uma mulher na gestação, no parto ou até 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pelo período, excluindo causas acidentais ou incidentais; enquanto a mortalidade neonatal consiste na morte de recém-nascidos até 27 dias de vida (BRASIL, 2022). Além dos óbitos, a morbidade materna e neonatal grave (ou *near miss*, que é traduzido para o português como quase acidente) são eventos caracterizados por situações em que mulheres e recém-nascidos - de 0 a 27 dias - sobrevivem a condições suficientemente críticas, que podem ocorrer durante a gravidez, parto e pós-parto (HABTE *et al.*, 2022; PILEGGI-CASTRO *et al.*, 2014; WHO, 2011). Trata-se de um evento relevante que permite, em alguma medida, verificar a qualidade da assistência obstétrica e, ao mesmo tempo, identificar situações de maior risco de evolução para quadros graves, subsidiando o manejo e a implementação de intervenções de suporte.

O último relatório estendido sobre os ODS 2030, recentemente publicado pela Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (UNSD), apontou que a mortalidade materna no cenário global caiu para 38%, o que representa uma taxa média anual de redução de 2,9%. Todavia, esta redução fica aquém da taxa média anual esperada para o alcance da meta mundial até 2030, que é de 6,1%. Até o momento, apenas 16 países alcançaram essa taxa média, incluindo toda a Europa; o Brasil ainda não está nesta lista (UNSD, 2022).

No Brasil, especialmente durante a pandemia da Covid-19, foi registrado um aumento de 70% no número de óbitos maternos. De acordo com o Painel de Indicadores Brasileiros para os ODS, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade materna sofreu um incremento significativo em todas as unidades federativas, passando de 57,9% em 2019, para 74,7% em 2020 (BRASIL, 2022). A distribuição das mortes foi heterogênea entre as regiões do país, tendo em vista o aumento das desigualdades sociais, a sobrecarga dos serviços de saúde, a organização e capacidade de resposta oportuna do sistema

e redes de atenção, e falhas graves no manejo da Covid-19. Este fenômeno pandêmico afetou diretamente o padrão decrescente de mortes maternas, o que pode comprometer os esforços do Brasil no alcance da meta pactuada na agenda 2030, ODS 3: *reduzir a razão de morte materna para 30* (ORELLANA *et al.*, 2022).

Em relação aos óbitos maternos por causas diretas houve um acréscimo de 0,7% no número de mortes, com variação entre as regiões do país. Estes óbitos resultam de complicações que ocorrem durante a gravidez, parto ou puerpério e, quase sempre, decorrem de desvios dos padrões de qualidade do atendimento. O uso de práticas obstétricas não recomendadas, erros diagnósticos, tratamento incorreto, omissões e atrasos na conduta clínica são alguns dos principais fatores que contribuem para o aumento na taxa de óbitos maternos. A hipertensão (n=317), a hemorragia (n=195), a infecção puerperal (n=76) e o aborto (n=57) destacam-se entre as principais causas diretas de morte em mulheres (BRASIL, 2022).

Neste mesmo período, as mortes por causas indiretas apresentaram um incremento de 43% devido, principalmente, ao número de óbitos em gestantes pela Covid-19. Este grupo de causas é representado pelas doenças do aparelho circulatório (n=111 óbitos), doenças do aparelho respiratório (n=54) e doenças infecciosas e parasitárias (n=476) (BRASIL, 2022). O aumento da carga de doenças crônicas durante a gestação, ocasionada por uma mudança no perfil etário de mulheres gestantes e por uma transição demográfica dos padrões de doença, requer sistemas de saúde mais equipados e articulados, com capacidade para coordenar gestação de alto risco e o cuidado especializado (SAY *et al.*, 2014).

Referente à taxa global de mortalidade neonatal, nas duas últimas décadas, houve uma redução significativa de 44%, com variação entre as regiões. As chances de sobrevivência de uma criança é variável dependente das disparidades regionais e desenvolvimento socioeconômico dos países, o que pode explicar o predomínio de mortes infantis, especialmente do componente neonatal, em países da África Subsaariana, que possui um progresso econômico aquém quando comparado aos demais países (UNSD, 2022).

No Brasil, os óbitos neonatais apresentaram uma redução pouco expressiva, quando comparado com outros países, principalmente no componente neonatal precoce, cuja taxa é três vezes maior do que a taxa média anual de mortalidade neonatal tardia. Segundo o Painel de Indicadores Brasileiros para os ODS, a taxa de mortalidade neonatal teve uma redução entre 2019 e 2020, de 0,4%, passando de 9,2% para 8,8% (BRASIL, 2022).

Estima-se que 75% dos óbitos neonatais são evitáveis e estão relacionados, principalmente, às variáveis sociodemográficas, às condições de saúde do recém-nascido - prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações congênitas e a asfixia perinatal - e

aos aspectos assistenciais, relacionados ao atendimento do neonato nas primeiras horas de vida e à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto (KALE; FONSECA, 2022; BERNARDINO *et al.*, 2022).

Do mesmo modo que a mortalidade materna e infantil, os óbitos perinatais representam um importante problema de saúde pública no Brasil. Apesar da sua relevância e magnitude, ainda é pouco discutido no país, e inclui os óbitos neonatais precoces. Os óbitos perinatais são aqueles que ocorrem entre a 22<sup>a</sup> semana de gestação e o sexto dia de vida após o nascimento (BRASIL, 2022). São eventos evitáveis, que afetam diferentes regiões do país, sobretudo locais socioeconomicamente mais desfavorecidos. A maioria dos óbitos está relacionada à qualidade do cuidado prestado durante o pré-natal, o trabalho de parto e nos primeiros dias de vida do recém-nascido (NOBREGA *et al.*, 2022).

Em relação à taxa global de óbitos fetais, ainda se apresenta elevada, apesar da redução de 25,5% entre os anos 2000 e 2015. A mesma tendência pode ser observada no Brasil, que apresentou uma redução de 30,0% na taxa de óbitos fetais, registrando em 2020 um número de mortes correspondentes a 15,9%, a menor desde 2000. Este fenômeno de queda pode estar associado à ampliação da cobertura da atenção primária e do acesso ao acompanhamento pré-natal (SILVA *et al.*, 2022).

Logo, os dados refletem o quanto os países ainda precisam avançar na redução da morbimortalidade materna e neonatal, particularmente o Brasil. Mesmo com todo o arcabouço normativo-sanitário existente, em prol de uma atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, o número de óbitos ainda se mantém elevado. Isso pode ser explicado pelos múltiplos fatores envolvidos nos desfechos obstétricos desfavoráveis e o quanto eles precisam ser observados pelos formuladores de políticas, gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção direta à mulher e ao recém-nascido.

Os fatores contribuintes envolvidos na ocorrência de mortes e morbidades maternas e neonatais graves podem estar relacionados ao próprio indivíduo (mulher e/ou recém-nascido), aos aspectos socioeconômicos e culturais, às barreiras geográficas, ao processo de trabalho, aos profissionais de saúde, ao ambiente e a gestão organizacional e institucional. A relevância e magnitude destes fatores na ocorrência dos eventos são contexto-dependentes e devem ser monitorados e avaliados de modo contínuo, através de um sistema robusto e integrado de vigilância da morbimortalidade materna e infantil (SILVA *et al.*, 2022).

A despeito de esforços para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, e compreendendo que estes eventos são multifatoriais, a OMS propõe um conjunto de padrões de atendimento para os sistemas de saúde, que servirão de substrato para a definição de



ajustes e prioridades na produção do cuidado, bem como para a revisão e reformulação de políticas públicas e institucionais. Os padrões de atendimento estão relacionados a componentes estruturais do sistema de saúde, à prestação de cuidado, à experiência da mulher, à motivação e qualificação dos recursos humanos, à disponibilidade de recursos físicos essenciais e aos resultados individuais e institucionais (WHO, 2016). Trata-se de padrões baseados em evidências, cientificamente validados, que apoiam a produção de cuidados maternos e neonatais de alta qualidade nos sistemas de saúde.

Define-se por atendimento de alta qualidade aquele que se apoia no uso contínuo de práticas baseadas em evidências, na garantia de aspectos estruturais, no aprimoramento contínuo das habilidades técnicas e no fortalecimento das relações interpessoais estabelecidas entre todos os envolvidos no cuidado. São elementos indissociáveis e complementares para a garantia de uma prática obstétrica segura e de alta qualidade (BRIZUELA *et al.*, 2019).

O uso de padrões e recomendações baseadas em evidências tem por objetivo uniformizar, sistematizar e legitimar o processo de monitoramento e avaliação, além de apoiar o planejamento, aprimorar as práticas profissionais e a implementação de ações de melhoria da qualidade do cuidado de saúde (DIXON-WOODS, 2019; BRIZUELA *et al.*, 2019; TAMBURLINI *et al.*, 2020).

Nesta direção, o estudo se propõe a construir um protótipo de instrumento, que seja robusto e abrangente, para avaliar a qualidade do cuidado materno e neonatal no âmbito dos serviços de maternidades, a partir dos padrões de atendimento e recomendações publicadas no documento da OMS “*Standards for Improving Quality of Maternal and Newborns Care in Health Facilities*”. A robustez e abrangência do instrumento são caracterizadas por itens cientificamente validados, que avaliam desde a estrutura para o acesso a cuidados de qualidade, até a prestação do cuidado na rede de atenção e as experiências dos sujeitos envolvidos. Deste modo, pretende-se que o instrumento seja usado por pesquisadores, gestores e formuladores de políticas, com orientação para a melhoria substantiva do atendimento materno e neonatal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir um protótipo de instrumento de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal para maternidades públicas no Brasil.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar os padrões propostos pela OMS quanto a sua pertinência e aplicabilidade na realidade brasileira;
- Verificar a relevância dos itens de avaliação propostos pela OMS para os serviços de maternidades públicas;
- Propor um protótipo de instrumento(s) modular para avaliação da qualidade, voltado para gestores, profissionais de saúde e mulheres puérperas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITOS E APLICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

As preocupações e discussões voltadas para a qualidade do cuidado de saúde não são recentes, podendo-se citar exemplos remotos, como os pressupostos da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, no século XIX. Naquela época, Florence já se preocupava com a organização do ambiente e com a prática de higienização das mãos para a prevenção de infecções em soldados feridos na Guerra da Criméia (PORTELA *et al.*, 2018).

A partir do século XX, a discussão sobre qualidade incorpora uma filosofia mais gerencial, fundamentada em conceitos e métodos capazes de responder à nova realidade. Neste contexto, teóricos como Joseph Juran, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa e Edward Deming desenvolveram modelos sobre gerenciamento da qualidade e propuseram técnicas de aplicação na área de produção de bens e serviços. Mais tarde, na década de 60 e início dos anos 70, este movimento foi lentamente incorporado na área da saúde, dando-se aqui destaque, entre outros atores e iniciativas, para o trabalho seminal de Donabedian; para o primeiro protótipo de acreditação hospitalar, inspirado no trabalho Ernest Codman, que viveu entre 1869 e 1940 e foi criador e idealizador da *International Organization for Standardization* - ISO; todo o trabalho desenvolvido na área pelo *Institute of Medicine* estadunidense; e a criação do *Institute for Healthcare Improvement*, por Donald Berwick, com o pressuposto de inovação e melhoria da qualidade (IPEA, 1996). Todo esse movimento internacional, inicialmente influenciado pelo meio social e produtivo, contribuiu para que o debate sobre o conceito de qualidade avançasse para outras áreas e sistemas de saúde.

Na América Latina, a discussão sobre qualidade não é tão antiga, e muito se apropria dos conceitos, elementos e experiências apresentados na literatura internacional. O processo de acreditação de organizações hospitalares americanas, iniciado em 1950, com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (atualmente *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde), influenciou as iniciativas de qualidade nas organizações latino-americanas. A acreditação passou a ser vista como um elemento estratégico para desenvolver e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2004).

No Brasil, a partir da década de 90, iniciativas relacionadas à acreditação hospitalar

começaram a surgir com o propósito de incentivar os serviços de saúde a desenvolverem programas de controle da qualidade. Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), que mais tarde transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), tornando as atividades de melhoria da qualidade estratégicas para as organizações. Logo após, em 1997, surge o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP que estabelece a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um dos projetos prioritários do Ministério da Saúde, dando origem mais tarde ao projeto Acreditação Hospitalar, integrado por grupos nacionais (CARVALHO *et al.*, 2004).

Todo o arcabouço teórico-metodológico proposto, fundamentado a partir de uma interlocução técnica e da aplicação de procedimentos gerenciais e organizacionais, levou o médico pediatra Avedis Donabedian à publicação do artigo “*Evaluating the quality of medical care*”, voltado para a avaliação de serviços de saúde, a partir de três componentes: estrutura, que está relacionada às condições físicas, humanas e organizacionais; processo, que consiste na execução direta das atividades e relações entre os sujeitos do cuidado; e resultado, medido pelo estado de saúde e satisfação do indivíduo (DONABEDIAN, 1980).

Donabedian afirma que a avaliação da qualidade deve se pautar em uma definição conceitual e prática do que significa qualidade da assistência, ao passo que reconhece a dificuldade de conceituação, tendo em vista as inúmeras dimensões e critérios envolvidos em sua definição. Faz uma crítica quanto ao uso de resultados como critérios exclusivos para avaliar a qualidade da assistência à saúde, e defende que é preciso examinar o processo de cuidado e as estruturas que apoiam e direcionam a prestação do cuidado. Muitas vezes, esta relação entre estrutura, processo e resultado não é tão simples de ser estabelecida (DONABEDIAN, 2005).

A qualidade do cuidado é determinada por uma dimensão técnica e outra subjetiva. A dimensão técnica prima pela alta qualidade técnica que consiste em *-fazer a coisa certa do modo correto-*. Ou seja, enfatiza a adequação do serviço ofertado e a habilidade com que o atendimento é realizado. Já a dimensão subjetiva, caracteriza-se pelas relações interpessoais estabelecidas entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado. A qualidade destas relações é determinada por elementos como a comunicação, confiança, empatia, honestidade, preocupação, tato e sensibilidade (DONABEDIAN, 1980; BLUMENTHAL, 2016). Tais dimensões estão imbricadas e são indissociáveis para a produção de um cuidado de qualidade, que atenda às reais necessidades de um indivíduo.

Na década de 80, Donabedian (1980) definiu cuidados de alta qualidade como aquele

que busca maximizar o bem-estar do paciente, considerando ganhos e perdas inerentes ao processo de cuidado. Na mesma década, a Associação Médica Americana caracterizou como cuidados de alta qualidade aqueles que contribuem para a melhoria das condições de saúde ou manutenção da qualidade e/ou duração da vida. Atributos específicos devem ser perseguidos pelas instituições de saúde para a obtenção de cuidados de alta qualidade, como ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, pontualidade, participação informada dos pacientes, prática baseada em evidências e uso eficiente de recursos (BLUMENTHAL, 2016).

Ainda, ao longo dos anos, o conceito de qualidade vem evoluindo, ocupando as pautas de grandes agendas político-sanitárias nacionais e internacionais. Isso porque, as profundas transformações econômicas, políticas e sociais que ocorreram ao longo das décadas, associadas à transição da estrutura etária e epidemiológica da população, impuseram novas demandas para os sistemas sanitários como a revisão e formulação de políticas públicas e programas de saúde. Neste ínterim, também aparecem as demandas desenfreadas por produção e incorporação tecnológica, e os custos incompatíveis cobrados pelas operadoras de planos de saúde, que, por sua vez, têm produzido mudanças na forma e condução dos cuidados prestados à população.

São muitas as definições para qualidade do cuidado ou cuidado de qualidade (DONABEDIAN, 1980; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000; BERWICK; FOX, 2016). Tais definições são legítimas e a escolha de qual será a mais adequada dependerá de onde se está localizado no sistema, da natureza e extensão das responsabilidades (DONABEDIAN, 1990). Campbell, Roland e Buetow (2000), por exemplo, vai discutir qualidade do cuidado para pacientes individuais e para populações, a partir de duas dimensões: acesso e efetividade. A qualidade do cuidado para pacientes é definida pela capacidade do indivíduo acessar cuidados que sejam efetivos, com o objetivo de atender a sua necessidade de saúde. Já a qualidade do cuidado para a população se expressa pelo acesso a cuidados efetivos, de modo eficiente e equitativo, com vista a contribuir para o bem-estar de toda a população (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Curiosamente, destacam-se mais três dimensões da qualidade nas duas definições apresentadas por Campbell que são o cuidado centrado no paciente, a equidade e a eficiência. Já o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos vai definir qualidade como sendo o “grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (IOM, 2018. p. 26, tradução nossa).

A partir desta definição, destacam-se seis atributos: segurança, efetividade, cuidado

centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. O quadro 1 descreve a definição dos atributos da qualidade apresentados por Donabedian e pelo IOM:

**Quadro 1 - Definição dos atributos da qualidade apresentados por Donabedian e IOM**

Referência	Definição dos atributos
Donabedian, 1980	<p><b>-Eficácia:</b> Capacidade de produzir benefícios e melhorias para a saúde, sob condições favoráveis.</p> <p><b>-Efetividade:</b> Grau em que a assistência prestada em condições usuais, alcança os resultados apresentados nos estudos de eficácia.</p> <p><b>-Eficiência:</b> Busca proporcionar o melhor tratamento para o paciente, utilizando o menor número de recursos disponíveis.</p> <p><b>-Otimização:</b> Busca o uso racional dos recursos, a fim de tentar criar a melhor relação custo-benefício.</p> <p><b>-Aceitabilidade:</b> Está relacionada aos desejos e expectativas do cliente em relação ao cuidado oferecido.</p> <p><b>-Legitimidade:</b> Corresponde a forma como o cuidado em saúde é visto ou aceito por uma comunidade ou sociedade.</p> <p><b>-Equidade:</b> Distribuição do cuidado entre os indivíduos, de acordo com as suas necessidades.</p>
(Institute	<p><b>-Segurança:</b> Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.</p> <p><b>-Efetividade:</b> Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).</p> <p><b>-Centralidade do Cuidado:</b> Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.</p> <p><b>-Oportunidade:</b> Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.</p> <p><b>-Eficiência:</b> Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.</p> <p><b>-Equidade:</b> Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.</p>

Fonte: IOM (2001); Donabedian (1980).

Uma publicação mais recente do IOM, “*Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*”, aponta para uma mudança da terminologia “cuidado centrado no paciente” para “centralização na pessoa”, entendendo que a centralização da pessoa vai além das necessidades de saúde física dos pacientes, englobando também suas necessidades de saúde mental e social, seus cuidadores e a comunidade em geral. Ainda que as terminologias sejam intercambiáveis, a centralização na pessoa indica a necessidade de incorporar uma lógica de organização do cuidado, que seja capaz de empoderar o indivíduo, incentivando-o e apoiando-o na tomada compartilhada de decisões sobre a sua saúde (IOM, 2018).

Percebe-se que a avaliação da qualidade do cuidado é complexa e multifatorial e requer, portanto, métodos e procedimentos capazes de dar conta das inúmeras dimensões envolvidas no processo de atendimento.

O cuidado centrado no paciente reforça a importância de valorizar as perspectivas dos pacientes que estão diretamente envolvidos na produção do cuidado, melhorando a comunicação e integrando suas opiniões na rotina dos serviços. Segundo Blumenthal (2016), as opiniões dos pacientes são indicadores legítimos, capazes de expressar a qualidade do cuidado de saúde ofertado.

Já o uso de evidências científicas como subsídio para a prática, apoia os profissionais na escolha racional dos recursos terapêuticos existentes, de modo a atender as expectativas e necessidades dos pacientes e familiares, ofertando um cuidado seguro (livre de lesões e danos ao paciente).

### 3.2 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MODELOS DE ATENDIMENTO

A qualidade e segurança do cuidado materno e neonatal é um tema importante na agenda global da saúde pública, dado o risco potencial de eventos adversos advindos da assistência e do elevado número de pacientes envolvidos. É uma área sensível e, ao mesmo tempo, complexa, pois envolve fenômenos peculiares e recomendações específicas, que estão para além daquelas recomendadas tradicionalmente (ANVISA, 2014).

Atualmente, a estrutura *Quality Maternal and Newborn Care* (QMNC), proposta pela OMS, representa o mais alto nível de evidência em relação aos atendimentos de qualidade. Nesta estrutura estão detalhadas as evidências globais disponíveis para orientar o planejamento, o desenvolvimento da força de trabalho e a distribuição de recursos, com vistas a melhorar os sistemas de cuidado materno e neonatal no âmbito dos países. As evidências estão agrupadas nos componentes categorias de prática, organização do cuidado, valores, filosofia e provedores de cuidados (CUMMINS; SYMON, 2023). Para cada um destes componentes, recomendações são apresentadas para a produção de experiências de parto positivas, bem como o desenvolvimento e sustentabilidade de cuidados maternos e neonatais de alta qualidade.

Não há uma definição específica, universalmente aceita, para qualidade do cuidado obstétrico. A OMS adaptou o conceito de qualidade, originalmente apresentado pelo IOM, e a definiu como sendo “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de um cuidado materno e neonatal oportuno e apropriado, alcançando resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional atual” (WHO, 2016, p. 15, tradução nossa). A partir desta definição, modelos de atenção obstétrica são propostos com vistas a garantir um

cuidado seguro e de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto.

O modelo de atenção obstétrica está relacionado ao modo como o cuidado é pensado e organizado, retratando, em alguma medida, como a gravidez e o parto são vistos em um dado espaço ou sociedade. Existem alguns modelos de atenção que, por influência de uma abordagem teórica, se contrapõem na sua lógica de organização, posicionando a gestação e processo de nascimento em lugares patológicos ou salutogênicos (ERI *et al.*, 2020).

Mundialmente, existem vários modelos de atendimento obstétrico. Todavia, a grande maioria destes modelos carece de uma base epistemológica definida, o que influencia a sustentabilidade de sistemas de saúde. Os modelos são gerados com a intenção de apresentar uma base teórica baseada em evidências, apoiar o atendimento ofertado à mulher e ao recém-nascido, garantir a segurança e reduzir os custos do atendimento. O valor de usar modelos teóricos, especialmente na obstetrícia, está em projetar intervenções de mudança de comportamento e desenvolver estratégias para alcançar implementações bem-sucedidas e melhores resultados de saúde (PARKER *et al.*, 2022).

Uma revisão de mapeamento sistematizou um amplo escopo de publicações sobre modelos teóricos que dizem respeito aos cuidados prestados pela *midwives* (ou obstetrias) para o cuidado em obstetrícia, e identificou apenas seis modelos de atenção obstétrica, orientados por parteiras, originários da Suécia, Islândia, Escócia, Estados Unidos, Nova Zelândia e África do Sul (quadro 2). Isso demonstra a escassez global de modelos teóricos cientificamente construídos, e as diferentes características entre eles, o que está atribuído ao contexto do país de onde surgiram, uma vez que a estrutura da atenção à saúde difere (ERI *et al.*, 2020).

#### Quadro 2 - Adaptação das características dos modelos teóricos de atenção obstétrica

Modelo	Conceitos principais	Orientações de uso	Sugestão de uso
Mulheres com profissional: Modelo de interdependência	Seis categorias que representam o papel da mulher e do profissional no modelo, respectivamente: - Atendimento e presença; - Suplementação e complementação; - Reflexão e reflexividade.	Relacionamento interpessoal	Tem aplicabilidade potencial tanto para a educação quanto para a prática obstétrica.
Prática obstétrica exemplar	Três dimensões estão associadas para uma prática obstétrica de qualidade: - Terapêutica: Ótimos resultados de saúde para a mulher e a criança; - Cuidar: Experiências exitosas de parto para a mulher e sua família;	Orientado para melhores resultados de saúde e prática profissional	Fornecer uma estrutura para pesquisas futuras



	- Prática profissional: Aprimoramento da prática profissional em obstetrícia.		
Modelo de obstetrícia de cuidado para mulheres grávidas de alto risco: cuidado genuíno ao cuidar do genuíno	Estruturado a partir de elementos agrupados em três constituintes: - Proteção da dignidade: Mutualidade, confiança, diálogo contínuo, responsabilidade compartilhada, presença duradoura. - conhecimento incorporado: genuinidade para consigo, conhecimento teórico, conhecimento prático, conhecimento intuitivo, conhecimento reflexivo. - Equilíbrio entre a perspectiva natural e médica: Apoiar a normalidade, sensibilidade para o genuíno.	Orientado para o cuidado obstétrico de alto risco	Desenvolvimento de uma assistência obstétrica para mulheres grávidas de alto risco; protótipo para o desenvolvimento semelhante de um modelo de educação para mulheres grávidas de alto e baixo.
Modelo de parto centrado na mulher	Ocorre em três fases: - Fase 1 (fase de dependência): participação mútua limitada entre a mãe e o profissional;	Orientado para os relacionamentos interpessoais	Melhorar a prestação de cuidados centrados na mulher. Facilitar a
	- Fase 2 (fase de interdependência) descreve estratégias para melhorar a participação mútua e compreensão dos procedimentos e dinâmicas; - Fase 3 (fase de independência) descreve o resultado do esforço para alcançar relacionamentos respeitosos, igualdade, compartilhamento de poder e responsabilidade, parceria, informação e tomada de decisão e diálogo		participação mútua e o compartilhamento de responsabilidades e informações, empoderamento da mulher, comunicação e escuta abertas, ações de obstetrícia acomodativas e maximização da infraestrutura humana e material durante o parto.
A primazia do bom profissional	O profissionalismo é construído a partir de cinco aspectos: - cuidado do profissional; - sabedoria do profissional; - desenvolvimento do profissional; - competência interpessoal do profissional; - competência profissional.	Orientado para o profissional	É orientado para a educação e prática profissional

Modelo Nórdico centrado na mulher	<p>É composto por três temas principais e dois envolventes:</p> <p>Temas centrais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação recíproca: presença, afirmação, disponibilidade e participação.</li> <li>- Atmosfera de parto: calma, confiança, segurança, apoio, fortalecimento.</li> </ul> <p>Conhecimento fundamentado: conhecimento técnico e relacionado à mulher.</p> <p>Temas envolventes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexto cultural</li> <li>- Ato de equilíbrio</li> </ul>	Orientado para o cuidado	O modelo pode servir como uma ampla estrutura teórica para a prática obstétrica, educação, gestão e pesquisa em obstetria.
-----------------------------------	---	--------------------------	--

Fonte: Adaptado e traduzido de “*Models for midwifery care: a mapping review*” (ERI *et al.*, 2020).

Na prática, o que se observa é uma sobreposição destes modelos teóricos, com o predomínio de alguns componentes em detrimento de outros. Isso pode estar relacionado aos diferentes perfis de oferta e cultura institucional enraizada nos sistemas e serviços de saúde.

Na Austrália, por exemplo, existem outros diferentes modelos de atenção obstétrica, que caracterizam a organização do cuidado prestado às mulheres no âmbito das maternidades. Entre os modelos foram classificados pelo *Australian Maternity Care Classification System* (MaCCS) em 11 categorias: atendimento obstetra particular; cuidados obstétricos privados; médico obstetra clínico geral; cuidado compartilhado; cuidado combinado; maternidade em hospital público; assistência em equipe de obstetria; cuidados e maternidade em áreas remotas; cuidado conjunto com obstetra e parteira particular. Para todos estes modelos de atendimento são apontadas suas vantagens e desvantagens (CUTAJAR *et al.*, 2023).

A ideia de um modelo de cuidado centrado na mulher tem sido muito utilizada para apoiar a estrutura organizacional dos serviços de atenção obstétrica, a formulação e a revisão de políticas públicas orientadas para a produção de cuidados obstétricos seguros e de alta qualidade (CREPINSEK *et al.*, 2022; ERI *et al.*, 2020). Introduzido por parteiras na década de 90, apareceu pela primeira vez na publicação do documento inglês *Changing Childbirth Report*. Desde então, apesar do crescente uso desta expressão, não há uma definição universal estabelecida, ora sendo compreendida como uma ferramenta, ora como uma estrutura, ou filosofia de atendimento.

O modelo de atenção centrado na mulher é complexo e fortemente orientado para as relações interpessoais, sem deixar de valorizar a maximização dos aspectos estruturais, humanos e materiais durante o parto. Promove a ideia do empoderamento através do incentivo à participação mútua entre a mulher e o profissional durante o processo de nascimento, o

compartilhamento de responsabilidades e informações, o diálogo e escuta qualificada (MAPUTLE, 2010; ERI *et al.*, 2020).

Em consonância com uma filosofia de cuidado centrada na pessoa, e com o intuito de promover sistemas de saúde seguros e sustentáveis, que favoreça experiências de parto positivas, a OMS propõe uma lista de recomendações cientificamente validadas para nortear a prática dos profissionais durante as fases do trabalho de parto e nascimento. O quadro 3 apresenta as recomendações propostas pela OMS:

### Quadro 3 - Adaptação da lista de recomendações intraparto da OMS

Práticas recomendadas	Práticas não recomendadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausculta cardíaca fetal intermitente com aparelho Doppler ou estetoscópio Pinard;</li> <li>-Uso de uterotônicos (ocitocina/ misoprostol) e tração controlada do cordão para prevenção de HPP;</li> <li>-Clampeamento tardio do cordão neonatal;</li> <li>-Avaliação materna regular no pós parto: sangramento vaginal, tônus uterino e sinais vitais;</li> <li>-Vitamina K intramuscular;</li> <li>-Contato pele a pele;</li> <li>-Amamentação;</li> <li>-Atraso no banho do recém-nascido em até 24 horas;</li> <li>-Cuidados maternos e neonatais no pós- parto por pelo menos 24 horas na unidade;</li> <li>-A fase ativa começa com 5 cm de dilatação e continua por até 12 h e 10 h; duração da segunda etapa até 3 h e 2 h; para nulíparas e múltiparas, respectivamente.</li> <li>- Cuidado respeitoso: cuidado organizado e fornecido de maneira a manter sua dignidade, privacidade, confidencialidade, ausência de danos, permitindo uma escolha informada e apoio contínuo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pelvimetria clínica de rotina e cardiotocografia na admissão do trabalho de parto não é recomendado para mulheres saudáveis;</li> <li>-Cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto em gestantes saudáveis e em trabalho de parto espontâneo;</li> <li>-Limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto;</li> <li>-Massagem uterina sustentada após o nascimento;</li> <li>-Sucção oral ou nasal de rotina para bebês com líquido amniótico claro;</li> <li>-Antibióticos de rotina para parto sem complicações</li> <li>- Utilização do limiar de dilatação cervical de 1 cm/h para avaliação da evolução normal do trabalho de parto;</li> <li>-Intervenções para acelerar ou interromper o trabalho de parto antes da dilatação de 5 cm;</li> <li>-Tricotomia perineal e enema na admissão do trabalho de parto;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunicação efetiva;</li> <li>-Toque vaginal a cada 4 horas para avaliação do 1º estágio ativo de trabalho de parto em mulheres de baixo risco;</li> <li>-alívio da dor;</li> <li>-Ingestão de líquidos e alimentos para gestantes;</li> <li>-Adoção de mobilidade e posição ereta durante o primeiro estágio pra gestantes de baixo risco;</li> <li>-Posição de nascimento confortável de escolha, independentemente do uso de epidural;</li> <li>-Puxos tardios em mulheres com epidural;</li> <li>-Técnicas perineais de suporte para reduzir o traumaperineal no segundo estágio;</li> <li>- Acompanhante durante o trabalho de parto e parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Episiotomia de rotina ou liberal;</li> <li>-Pressão fúndica manual para segundo estágio;</li> <li>-Alta antes de 24 horas.</li> </ul>
---	---

Fonte: Adaptado e traduzido de “*WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*” (WHO, 2018).

O conjunto de recomendações intraparto prevê um modelo de atenção que coloca a mulher e o recém-nascido no centro da prestação de cuidados, observando todas as dimensões da qualidade do cuidado materno e neonatal. Para a implementação efetiva destas recomendações é necessário apoio e empenho da liderança para a maximização de recursos disponíveis e o envolvimento ativo de todos os profissionais que atuam no atendimento à mulher e recém-nascido durante o trabalho de parto e nascimento.

Do mesmo modo, a OMS propõe recomendações para os cuidados pós-parto essenciais, que visa, sobretudo, melhorar a qualidade do atendimento materno e neonatal, reduzindo as taxas de mortalidade materna e os óbitos evitáveis de recém-nascidos. Estão alinhadas a um modelo de atenção pós-parto que coloca o binômio mulher-recém-nascido no centro do cuidado e reconhece a “experiência pós-natal positiva” como um desfecho significativo do processo de nascimento. A experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que mulheres, recém-nascidos, parceiros, pais, cuidadores e familiares recebem informações, garantias e apoio consistente de profissionais de saúde competentes e motivados; em que um sistema de saúde flexível e com recursos reconheça e respeite as necessidades de mulheres e seus bebês (WHO, 2022). O quadro 4 apresenta o resumo das recomendações sobre cuidados maternos e neonatais propostas pela OMS:

**Quadro 4 - Adaptação da lista de recomendações sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva**

<b>CUIDADO MATERNO</b>		
<b>Componente</b>	<b>Práticas recomendadas</b>	<b>Práticas não recomendadas</b>
<b>Avaliação materna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação fisiológica da mulher nas primeiras 24 horas: sangramento vaginal, tônus uterino, altura uterina, temperatura, frequência cardíaca de rotina. A diurese deve ser documentada dentro de 6 horas.</li> <li>- Avaliação fisiológica da mulher após 24 horas: micção e incontinência urinária, função intestinal, cicatrização de lesão perineal, dor de cabeça, fadiga, higiene perineal, dor perineal e mamária, sensibilidade uterina e lóquios.</li> <li>- Triagem para Tuberculose: Contatos domiciliares e outros contatos próximos de indivíduos com tuberculose, incluindo recém-nascidos.</li> </ul>	-
<b>Intervenções para sinais e sintomas fisiológicos comuns</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resfriamento local para alívio da dor perineal</li> <li>- Analgesia oral para alívio da dor perineal, ou devido à cólica/involução uterina;</li> <li>- Intervenções não farmacológicas para tratar ingurgitamento mamária no pós-parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinamento dos músculos do assoalho pélvico para fortalecimento do assoalho pélvico;</li> <li>- Intervenções farmacológicas para tratar ingurgitamento mamária no pós-parto.</li> </ul>
<b>Medidas preventivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenções não farmacológicas para prevenir mastite;</li> <li>- Prevenção da constipação pós-parto com dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaxia antibiótica oral ou tópica de rotina para a prevenção da mastite;</li> <li>- O uso rotineiro de laxantes para a prevenção da constipação;</li> <li>- A profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal sem complicações.</li> </ul>
<b>Intervenções em saúde mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Triagem para depressão e ansiedade pós-parto com instrumento validado;</li> <li>- Prevenção da depressão e ansiedade pós-parto.</li> </ul>	-
<b>Intervenções nutricionais e atividade física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres no pós-parto devem realizar atividades físicas regulares. Substituir o tempo sedentário por atividade física de qualquer intensidade (incluindo intensidade leve)</li> </ul>	- Suplementação de vitamina A pós-parto
<b>Contraceção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecimento de informações e serviços anticoncepcionais abrangentes durante os cuidados pós-natal.</li> </ul>	-
<b>CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS</b>		
<b>Avaliação do recém-nascido quanto a sinais de perigo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais de perigo: não se alimentando bem; história de convulsões; respiração rápida (frequência respiratória &gt; 60 por minuto); contração torácica severa; nenhum movimento espontâneo; febre (temperatura &gt; 37,5 °C); temperatura corporal baixa (temperatura &lt; 35,5 °C); qualquer icterícia nas primeiras 24 horas após o nascimento ou palmas e solas amarelas em qualquer idade.</li> <li>- Triagem universal para anomalias do olho;</li> <li>- Triagem universal para deficiência auditiva;</li> <li>- Triagem universal para hiperbilirrubinemia neonatal: A triagem universal para hiperbilirrubinemia neonatal por bilirrubinômetro transcutâneo (TcB) é recomendada na alta da unidade de saúde.</li> </ul>	- Não há evidências suficientes para recomendar a favor ou contra a triagem universal por bilirrubina sérica total (TSB) na alta da unidade de saúde.

<b>Medidas preventivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeiro banho de um recém-nascido saudável a termo deve ser adiado por pelo menos 24 horas após o nascimento;</li> <li>- Aplicação de clorexidina no coto do cordão umbilical;</li> <li>- Colocar o bebê para dormir em posição supina;</li> <li>- Imunização para a prevenção de infecções.</li> </ul>	- Uso de emolientes para a prevenção de doenças da pele
<b>Intervenções nutricionais</b>	-	Suplementação neonatal de vitamina A de rotina
<b>Crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massagem de corpo inteiro;</li> <li>- Todos os bebês e crianças devem receber cuidados responsivos entre 0 e 3 anos de idade; Todos os bebês e crianças devem ter atividades de aprendizagem precoce com seus pais e outros cuidadores entre 0 e 3 anos de idade; apoio para cuidadores responsivos e aprendizagem precoce deve ser incluído como parte das intervenções para a nutrição ideal de recém-nascidos; intervenções psicossociais para apoiar a saúde mental materna devem ser integradas aos serviços de cuidados ao desenvolvimento precoce da criança.</li> </ul>	-
<b>Amamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amamentação exclusiva até os 6 meses de idade;</li> <li>- Proteger, promover e apoiar a amamentação</li> </ul>	-
<b>SISTEMAS DE SAÚDE E INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>		
<b>Sistemas de Saúde e intervenções de promoção da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mínimo de quatro contatos de cuidados pós-natal</li> <li>- Cuidado de mulheres e recém-nascidos saudáveis na unidade de saúde por pelo menos 24h após o parto vaginal;</li> <li>- Antes da alta, os profissionais devem avaliar: bem-estar físico da mulher e do bebê, o bem-estar emocional da mulher; habilidades e a confiança da mulher para cuidar de si e do recém-nascido; ambiente domiciliar e outros fatores que podem influenciar a capacidade de cuidar.</li> <li>- Fornecimento de informações, intervenções educacionais e aconselhamento;</li> <li>- disponibilização de materiais educativos;</li> <li>- Visitas domiciliares durante a primeira semana após o nascimento por profissionais de saúde ou um agente de saúde comunitário;</li> <li>- Cuidado compartilhado na produção de cuidado pós-parto;</li> <li>- Recrutamento e retenção de pessoal em áreas rurais e remotas;</li> <li>- Envolvimento dos homens nos cuidados pós-natal;</li> <li>- Uso de registros domiciliares, como complemento aos registros hospitalares;</li> </ul>	
<b>RECOMENDAÇÕES PARA CONTEXTOS ESPECÍFICOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teste de HIV no pós parto</li> <li>- Triagem sistemática para tuberculose, incluindo mulheres no período pós-parto;</li> <li>- Tratamento anti-helmíntico preventivo;</li> <li>- Tratamento preventivo de esquistossomose;</li> <li>- Profilaxia pré-exposição oral para prevenção do HIV;</li> <li>- Suplementação oral de ferro e folato pós-parto;</li> <li>- Aplicação diária de clorexidina 4% no coto do cordão umbilical na primeira semana após o nascimento é recomendada apenas em locais onde substâncias tradicionais nocivas (como esterco animal) são comumente usadas no cordão umbilical;</li> <li>- Suplementação neonatal de vitamina ;</li> <li>- Suplementação de vitamina D para lactantes a termo em amamentação;</li> <li>- Modelos de continuidade de cuidados conduzidos por parteiras;</li> <li>- Comunicação digital direcionada ao cliente para mudança de comportamento em relação à saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e infantil</li> </ul>		

Fonte: Lista adaptada do documento —Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (WHO, 2022).

Além das recomendações mencionadas, avaliar a situação de vulnerabilidade materna é fundamental para compreender os problemas de saúde e mitigar desfechos obstétricos negativos. Outro aspecto importante que não foi citado no escopo de recomendações foi o rastreamento e tratamento oportuno da sífilis gestacional e sífilis congênita - segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo.

### 3.3 O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICO NO BRASIL: DEFINIÇÃO, CARACTERÍSTICAS E INICIATIVAS

O Brasil se destaca no cenário internacional, por uma assistência ao parto e nascimento pautada em um modelo de atenção hegemonicamente biomédico, intervencionista, tecnocrático e medicalizado (NICOLOTTI; LACERDA, 2022). O paradigma deste modelo é influenciado pelo uso indiscriminado de tecnologias, predomínio de uma ideologia de progresso tecnológico associada a convicções e crenças da mulher, e pela institucionalização do parto (SILVA *et al.*, 2020; THEME FILHA *et al.*, 2022). Trata-se de um modelo que favorece a perpetuação de um cenário epidemiológico crítico no que tange à morbimortalidade materna e neonatal.

O uso copioso e isolado de tecnologias não está associado à qualidade e segurança durante o trabalho de parto e parto. É paradoxal a existência de um modelo de atenção que, ao passo em que disponibiliza maior acesso à tecnologia, aos insumos e equipamentos biomédicos, também corrobora para um quadro nefasto de morbimortalidade materna e neonatal. Tal fato pode estar associada à percepção da gravidez como um processo patológico, em que o uso abusivo de técnicas e procedimentos faz-se necessário (NICOLOTTI; LACERDA, 2022). Não se trata de um discurso que busca desacreditar o uso de intervenções, mas condenar a aplicação indiscriminada de práticas que não possuem sustentação científica.

Para lidar com estes desafios, alguns movimentos feministas emergiram, ainda na década de 80, em prol da defesa e reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, condenando as práticas abusivas, as assimetrias nas relações com os profissionais e o comportamento autoritário sobre o corpo feminino durante o processo de nascimento (SANTOS *et al.*, 2022). Tais movimentos também fizeram com que fossem criadas algumas iniciativas governamentais como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O PNHN, instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, apresenta uma proposta de

modelo de atenção pautado na humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal. Teve como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Logo, propõe a mudança de um modelo de atenção ao parto centrado no profissional e pautado no uso acrítico de tecnologias, para uma concepção de modelo que enfatiza o uso racional de intervenções obstétricas, e a garantia do direito ao acesso e atendimento digno, seguro e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Em 2004, como resposta ao movimento feminino oriundo de diversos grupos e setores da sociedade civil, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Neste documento, o governo reafirma o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e sejam capazes de reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis. Dentre os objetivos desta política destaca-se: “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2004, p. 69).

Influenciado por esses movimentos políticos e por um cenário epidemiológico infausto, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a Rede Cegonha no âmbito do SUS. É definida ora como um dispositivo na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021), ora como uma estratégia, cujo objetivo é substituir o modelo intervencionista e médico-centrado, por um modelo que visa garantir atenção humanizada no pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil até 24 meses (BRASIL, 2011). Enquanto política pública orientada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, considera a intercambialidade de três campos de atuação: atenção, gestão e formação. A articulação destes campos orienta, respectivamente, a reorganização dos serviços de saúde, de modo a garantir um novo ordenamento de práticas obstétricas durante o parto e nascimento (atenção); a cogestão, como incentivo à participação ativa de diferentes atores envolvidos na produção do cuidado (gestão); e a organização e qualificação dos processos de trabalho, a partir da formação profissional em serviço (formação) (BRASIL, 2004).

A Rede Cegonha está estruturada em quatro componentes que são operacionalizados a partir das ações apresentadas no quadro 5.



**Quadro 5 - Componentes estruturais da Rede Cegonha**

<b>COMPONENTES E AÇÕES DA REDE CEGONHA</b>	
<p><b>PRÉ-NATAL (PN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização de PN na UBS e captação precoce da gestante;</li> <li>-Acolhimento às intercorrências durante gestação;</li> <li>-Avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade;</li> <li>-Acesso ao PN de alto risco em tempo oportuno;</li> <li>-Realização dos exames de PN de risco habitual e de alto risco;</li> <li>-Acesso aos exames em tempo oportuno</li> <li>-Apoio ao deslocamento para as consultas de PN;</li> <li>-Vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto;</li> <li>-Apoio ao deslocamento para o local de parto;</li> <li>-Qualificação do sistema e da gestão da informação;</li> <li>-Estratégias de comunicação e programas educativos sobre saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>-Promoção, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;</li> <li>-Orientação e oferta de métodos contraceptivos, incluindo a anticoncepção de emergência.</li> </ul>	<p><b>PARTO E NASCIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais correspondentes as necessidades locais/regionais;</li> <li>-Ambiência orientada pela RDC N° 36/2008;</li> <li>-Uso das –boas práticas de atenção ao parto e nascimento</li> <li>-Acompanhamento durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</li> <li>-Acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</li> <li>-Estimular a implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.</li> </ul>
<p><b>PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;</li> <li>-Acompanhamento da puérpera e criança na APS com visita domiciliar na 1ª semana após nascimento;</li> <li>-Busca ativa de crianças saudáveis;</li> <li>-Estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>-Promoção, prevenção e tratamento das DST/ HIV/ Aids e Hepatites;</li> <li>-Orientação e oferta de métodos contraceptivos;</li> </ul>	<p><b>SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Transporte seguro: SAMU Cegonha – ambulâncias de suporte avançado com incubadoras e ventiladores neonatais;</li> <li>- Vaga sempre: elaboração e implementação, nas regiões de saúde, do Plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;</li> <li>-Implantação/ implementação da Central de Regulação de Leitos nos Estados.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011).

Ainda que a Rede Cegonha se proponha a substituir o modelo médico obstétrico intervencionista por um modelo de atenção ao parto e nascimento humanizado, os desafios para a implementação e sustentabilidade das boas práticas de atenção ao parto ainda persistem em várias regiões do Brasil.

Neste cenário, o apoio institucional e a formação para o trabalho em equipe aparecem como eixos estruturantes do fortalecimento da Rede Cegonha, através da ampliação dos espaços de diálogo e discussão entre gestores, profissionais de saúde e usuários, e dos novos modos de qualificação para o trabalho (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

### 3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL

A segurança na assistência obstétrica é uma dimensão da qualidade que vem sendo cada vez mais discutida no âmbito das instituições de saúde. No Brasil, o incremento do número de departamentos hospitalares associado ao avanço tecnológico contribuiu para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, mas não o suficiente para o alcance das metas pactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNSD, 2022).

O acesso não oportuno - modelo dos três atrasos - e o uso excessivo de intervenções obstétricas, sem evidências científicas que justifiquem a sua aplicação, vai na contramão das recomendações da OMS, que defende o uso mínimo de intervenções na assistência ao parto, em prol da segurança da mulher e da criança. Ademais, tem contribuído para o predomínio de taxas aumentadas de eventos adversos e *near miss* materno e neonatal (BRASIL, 2017).

De um modo geral, eventos adversos são incidentes que resultam em danos ao paciente; enquanto *near miss* materno é caracterizado como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto e puerpério (WHO, 2014). Diferente da definição de “*near miss*”, tradicionalmente utilizada para eventos que caracterizam “quase erro”, a expressão “*near miss* materno” foi cunhada em 1991, após a investigação do padrão de morbidades obstétricas e determinação da frequência de episódios graves com risco de vida (STONES *et al.*, 1991). Ou seja, trata-se de um evento que antecede, em muitas situações, o óbito materno.

Em particular, as causas do *near miss* materno têm sido semelhantes às que concorrem para a mortalidade materna - distúrbios hipertensivos, hemorragia, sepse e trabalho de parto obstruído. Além disso, tem sido utilizado como um indicador que avalia a qualidade do cuidado, permitindo uma compreensão mais abrangente de um conjunto de condições e fatores evitáveis que corroboram para a mortalidade materna (TENAW *et al.*, 2021).

A identificação dos casos de *near miss* materno ainda é complexa, devido à ausência de critérios cientificamente estabelecidos. A OMS sugeriu um conjunto de critérios de identificação para casos de *near miss* materno com o objetivo de facilitar o reconhecimento dos casos potencialmente fatais e aqueles com falência ou disfunção do sistema de órgãos (BRASIL, 2022; CHHRABA, 2014). O quadro 6 apresenta a tradução dos três critérios propostos pela OMS para a definição de um caso de *near miss* materno:

### Quadro 6 - Critérios sugeridos pela OMS para a identificação de casos de *near miss* materno

Critérios	Descrição	Vantagens	Desvantagens
Critérios clínicos: relacionados a uma entidade de doença específica	Definição de doença específica usada para condições comuns e critérios clínicos para morbidade severa.	-Casos fáceis de interpretar podem ser identificados retrospectivamente; -Qualidade daquela doença pode ser identificada.	-Todos os problemas podem não ser cobertos. -Dificuldade para definir e quantificar a condição.
Gestão específica	Gestão ou intervenção para a doença	Simple para usar na identificação de casos	Dependente de outras variáveis
Falhas ou disfunções do sistema orgânico	Baseado no conceito de que existe uma sequência de eventos capaz de levar à morte. Morte são precedidas por disfunções e falhas orgânicas. Marcadores para falhas e disfunções do sistema orgânico	-Permitido para a identificação de mulheres criticamente doentes  -Mantém o foco sobre as doenças severas	Dependente da existência de um nível mínimo de cuidado incluindo laboratórios funcionando e monitoramento básico do cuidado crítico

Fonte: Chhabra (2014); Say *et al.* (2004).

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde, no Manual de Gestão de alto Risco, especificou e padronizou os critérios clínicos, laboratoriais e de manejo do *near miss* materno utilizados na assistência obstétrica (quadro 7).

### Quadro 7 - Descrição dos critérios de *near miss* materno

Critérios clínicos	Critérios laboratoriais	Critérios de manejo
Cianose aguda, <i>gaspings</i> , frequência respiratória >40 ipm ou <6 ipm, choque, oligúria, não responsiva ou diuréticos, distúrbios de coagulação, perda de consciência durante 12 horas ou mais, ausência de consciência e pulso/ batimento cardíaco, Acidente Vascular Cerebral, convulsão não controlada/paralisia total, icterícia na presença de pré-eclâmpsia	Saturação de oxigênio <90% por mais de 60 minutos, PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <200, creatinina > 300 mmol/L ou >3,5 mg/ dL Bilirrubina >100 mmol/L ou >6,0 mg/ dL, pH <7,1, Lactato > 5, Trombocitopenia aguda (<50 mil), ausência de consciência e presença de glicose e cetoacidose na urina.	Uso de droga vasoativa contínua, Histerectomia puerperal por infecção ou hemorragia, Transfusão de >5 unidades de concentrado de hemácias, Intubação e ventilação por tempo >60 minutos, não relacionadas com anestesia, Diálise para insuficiência renal aguda, Reanimação cardiopulmonar (RCP).

Fonte: Manual de Gestão de Alto Risco (BRASIL, 2022).

As causas de *near miss* materno variam de acordo com as características de cada contexto, não são completamente controláveis e podem ser reduzidas a um nível mínimo. Da mesma forma que a mortalidade materna, as consequências podem resultar em uma carga ampliada de danos, por afetar não somente a mulher e o recém-nascido, mas também a

estrutura familiar, a instituição, a equipe de profissionais e o sistema de saúde. Lidar com os eventos adversos evitáveis é imprescindível para o desenvolvimento da gestão do risco (HUNER *et al.*, 2023).

O *near miss* neonatal pode ser caracterizado como um recém-nascido que quase morreu, mas sobreviveu às complicações graves decorrentes de eventos pré-natais ou intraparto (MEDEIROS *et al.*, 2022). Está associado à qualidade do atendimento prestado à mulher durante a gestação, parto, puerpério, e ao recém-nascido logo após o nascimento e durante a internação hospitalar. Ainda que o *near miss* neonatal seja considerado um indicador importante para análise e monitoramento da assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, não há consenso para a definição de casos de *near miss* neonatal (FRANÇA *et al.*, 2021), dificultando a operacionalização no âmbito dos serviços de saúde e limitando o seu uso à realização de pesquisas.

Uma revisão sistemática analisou marcadores para predizer morbidade neonatal grave e óbitos neonatais. As características e resultados dos estudos incluídos na revisão mostraram as seguintes variáveis como critérios para *near miss* neonatal: peso ao nascer < 1.500g, peso ao nascer < 1.750g, Apgar < 7 no 5º minuto, idade gestacional < 30 semanas, idade gestacional < 33 semanas, idade gestacional < 32 semanas, malformação congênita e ventilação mecânica (SANTOS *et al.*, 2015). Apesar das recomendações de uso, percebe-se que ainda não há critérios pragmáticos unificados, validados e universalmente aceitos para *near miss* neonatal.

Em relação aos casos de mortalidade e morbidade materna e neonatal grave, a maioria é evitável, apesar da literatura científica não fornecer um padrão para definir e registrar a sua evitabilidade. Sabe-se que a evitabilidade é assumida para situações que configuram desvio dos padrões de qualidade do cuidado previamente definidos (HUNER *et al.*, 2023). Isso imputa ao processo de investigação certo grau de complexidade, visto a interação entre os múltiplos fatores de risco envolvidos, que concorrem para a sua ocorrência.

A conscientização da existência de fatores de risco obstétricos é uma abordagem fundamental para reduzir os eventos adversos evitáveis no âmbito de uma instituição (HUNER *et al.*, 2023). Na atenção obstétrica, os fatores contribuintes que cooperam para a ocorrência de eventos adversos e *near miss*, ou possuem potencial para provocar um dano em outro momento, podem estar relacionados à organização do sistema, à instituição, aos profissionais de saúde e ao próprio indivíduo. O quadro 8 apresenta a descrição dos fatores contribuintes capazes de influenciar de modo negativo a prestação de cuidados:

### Quadro 8 - Fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes na assistência materna-neonatal

Tipo de fator	Fator contribuinte
Fatores do sistema	Contexto regulatório e econômico; organização do sistema local; políticas públicas; articulação dos dispositivos da rede de atenção; volume e distribuição de recursos; acesso aos serviços de atenção obstétricos.
Fatores institucionais	Disponibilidade e uso de protocolos; disponibilidade e acurácia de testes diagnósticos e equipamentos; definição da estrutura e das responsabilidades; restrições financeiras; cultura de segurança; estrutura organizacional; normas e padrões pouco claros; variabilidade de práticas clínicas em situações semelhantes; interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação; apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho; identificação incorreta do paciente; atrasos no atendimento.
Fatores dos profissionais de saúde (equipe)	Comunicação verbal e escrita; supervisão contínua das atividades desenvolvidas; liderança; carga e turnos de trabalho; conhecimento técnico-científico, habilidades e competências desenvolvidas; aplicação inadequada ou mesmo a não aplicação do conhecimento, concorrendo para erros diagnósticos e eventuais complicações; uso de práticas baseadas em evidências.
Fatores individuais (paciente)	Gravidade e complexidade da condição clínica, fatores socioeconômicos, comunicação, saúde física e mental, condições sociais; não adesão ao tratamento e acompanhamento pré-natal, idade, número de partos, comorbidades.

Fonte: Villar *et al.* (2022); Brasil (2018); adaptação do material Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde (ANVISA, 2017).

A presença de um ou mais fatores contribuintes pode interferir no desfecho materno e neonatal, sendo fundamental o gerenciamento destes fatores no âmbito dos serviços de saúde para a prestação de um cuidado seguro e de qualidade para a mulher e para o bebê. É necessário o apoio das lideranças no monitoramento, identificação e compreensão do comportamento dos fatores de risco reais e potenciais durante a prestação dos cuidados de saúde, a fim de que medidas preventivas e/ou corretivas sejam planejadas e implementadas.

### 3.5 MODELO TEÓRICO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao longo dos últimos anos, inúmeros avanços ocorreram no âmbito da assistência materno-infantil, promovendo melhorias na qualidade do cuidado de saúde e redução significativa nas taxas de morbimortalidade materna e infantil (IPEA, 2019). A formulação e implantação de políticas públicas contribuíram para ampliar a cobertura da atenção ao pré-natal e o acesso aos serviços hospitalares de atenção ao parto, buscando assegurar à mulher e ao recém-nascido uma assistência digna, segura e de qualidade.

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado materno e neonatal no âmbito dos sistemas e dos serviços de saúde, a OMS, por intermédio do

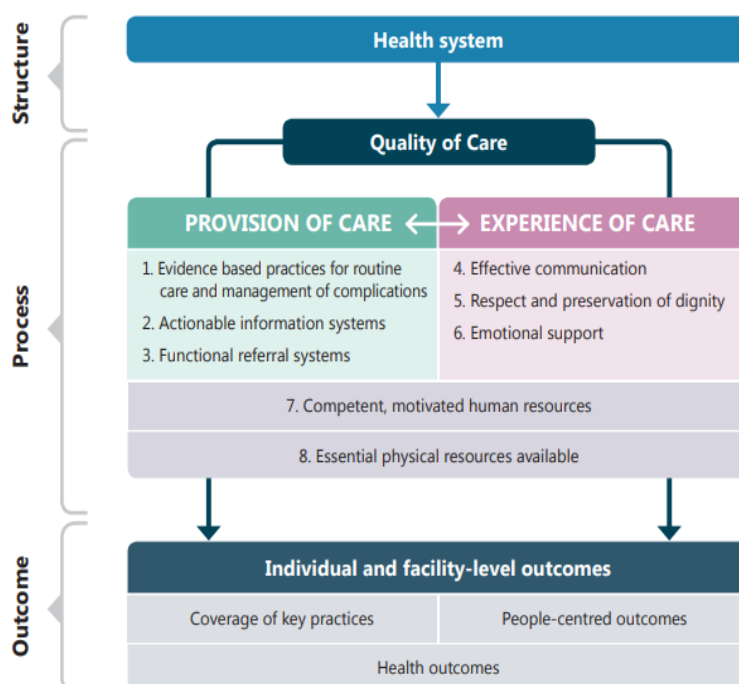
Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e do Departamento de Saúde e Pesquisa Reprodutiva, desenvolveu um modelo teórico que explicita um conjunto de padrões de cuidados necessários para um atendimento de qualidade. Estes padrões podem ser usados para 1- nortear o planejamento das ações que serão desenvolvidas no atendimento à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, e no cuidado ao recém-nascido; 2- monitorar e avaliar a estrutura e a oferta de cuidados nos serviços obstétricos e; 3-subsidiar o processo de formação dos profissionais de saúde, como fio condutor das atividades de ensino e educação permanente.

Na obstetrícia, a oferta de cuidados de qualidade baseia-se no uso das práticas baseada em evidências, na manutenção e aprimoramento dos aspectos de infraestrutura, aperfeiçoamento contínuo das habilidades técnicas, e qualidade das relações interpessoais estabelecidas entre os membros da equipe e entre profissionais de saúde e pacientes (WHO, 2016).

A construção do modelo teórico ocorreu entre janeiro de 2015 e fevereiro de 2016, e contou com a colaboração de organizações governamentais, não governamentais, especialistas distribuídos em 46 países participantes, consultores externos e agências de fomento e apoio à pesquisa. A construção ocorreu a partir do levantamento das melhores evidências científicas disponíveis no período. As principais referências utilizadas para a definição dos padrões e itens de avaliação derivaram dos materiais publicados pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Joint Commission International* (JCI), *Council for Health Service Accreditation of Southern Africa*, e a *Pharm Access Foundation* (WHO, 2016).

O modelo teórico é composto por 08 padrões de atendimento, 32 declarações de qualidade e 342 itens de avaliação. Os padrões de atendimento expressam as prioridades de cuidado que devem ser ofertadas à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Cada um destes padrões possui declarações de qualidade, que consistem em um conjunto de procedimentos que devem ser observados no cuidado ofertado à mulher, ao bebê e à família durante todo o processo de nascimento. Por sua vez, cada declaração de qualidade engloba itens de avaliação ou recomendações cientificamente validadas para medir e monitorar aspectos do cuidado relacionados à estrutura, processo e resultados (BRIZUELA *et al.*, 2019). A figura 1 apresenta o modelo teórico proposto pela OMS para avaliar a qualidade do cuidado materno e neonatal:

**Figura 1 - Modelo teórico para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal**



Fonte: *Standards for improving quality of maternal and newborn care in Health Facilities* (WHO, 2016, p. 24).

O modelo teórico contribui para aumentar a probabilidade de que os resultados desejados para o indivíduo e para a instituição sejam alcançados (WHO, 2016). Para tal, é importante que ações sejam direcionadas para a abordagem e fortalecimento do sistema de saúde, a fim de torná-lo robusto para o aprimoramento das práticas obstétricas e implementação das políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade no âmbito individual dos serviços.

De acordo com o modelo teórico proposto, a abordagem dos sistemas de saúde considera a estrutura necessária para melhorar a prestação e experiências de cuidado. A prestação de cuidados considera 1- o uso das práticas baseadas em evidências durante o atendimento à mulher e recém-nascido, e no manejo das complicações obstétricas; 2- sistemas de informação para registro, revisão e avaliação de dados oriundos do serviço e; 3- referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade (WHO, 2016).

A experiência do cuidado diz respeito à capacidade do serviço de saúde estabelecer uma comunicação efetiva com a mulher e sua família sobre o cuidado prestado, compreender as suas expectativas e esclarecer sobre os seus direitos. A experiência também engloba cuidados respeitosos, a preservação da dignidade, e a oferta de apoio emocional durante todo trabalho de parto, parto e puerpério (WHO, 2016).

Entende-se que a disponibilidade suficiente de recursos físicos e um quadro de pessoal

competente e motivado são elementos transversais e necessários para melhorar a prestação dos cuidados de saúde, os desfechos maternos e neonatais e as experiências de parto (BRIZUELA *et al.*, 2019).

No entanto, ainda que se seja uma estrutura consistente, que considera na sua construção o aprendizado gerado a partir das experiências, do conhecimento técnico acumulado, e da produção contínua de evidências científicas, ao longo dos últimos anos, a OMS fez uma série de atualizações acerca das boas práticas que devem ser observadas, bem como condutas a serem evitadas durante o trabalho de parto e parto. O quadro 9 apresenta o comparativo de práticas intraparto e pós-natal recomendadas pela OMS, que não constam nos padrões de atendimento do modelo teórico utilizado no estudo:

**Quadro 9 - Práticas recomendadas intraparto e pós-natal que não constam nos padrões de atendimento do modelo teórico utilizado no estudo**

Práticas recomendadas no intraparto	Práticas recomendadas no pós-parto
Ausculta cardíaca fetal intermitente com aparelho Doppler ou estetoscópio de Pinard.	Avaliação materna regular no pós-parto: sangramento vaginal, tônus uterino, sinais vitais e documentação da diurese a cada 6 horas nas primeiras 24 horas.
Atraso no banho do recém-nascido em até 24 horas do nascimento.	Triagem para Tuberculose para contatos domiciliares e outros contatos próximos de indivíduos com Tuberculose, incluindo recém-nascido.
Duração e descrição da fase ativa: começa com 5cm de dilatação e continua por até 12h e 10h; duração da segunda etapa até 3h e 2h; para nulíparas e múltíparas, respectivamente.	Resfriamento local para alívio da dor perineal.
Toque vaginal a cada 4 horas para avaliação do 1º estágio ativo de trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Triagem para depressão e ansiedade pós-parto com instrumento validado. Prevenção de depressão e ansiedade no pós-parto.
Puxos tardio em mulheres com epidural.	Triagem neonatal para anomalias do olho
Técnicas perineais de suporte para reduzir o trauma perineal no segundo estágio.	Triagem neonatal para deficiência auditiva
-	Triagem neonatal para hiperbilirrubinemia na alta da unidade de saúde.
-	Aplicação de Clorexidina no coto do cordão umbilical.
-	Mínimo de 4 contatos de cuidados pós-natal

Fonte: Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (WHO, 2022); *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* (WHO, 2018); *Standards for improving quality of maternal and newborn care in Health Facilities* (WHO, 2016, p. 24).

O conjunto destes padrões de atendimento devem ser observados pelos gestores e profissionais de saúde, de modo a contribuir para um cuidado efetivo e livre de danos, melhorando a experiência das mulheres e do acompanhante no processo de nascimento. Outrossim, poderá subsidiar o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, norteando o



planejamento e os processos decisórios no que se refere às ações de melhoria da qualidade do atendimento materno e neonatal.

## 4 METODOLOGIA

Com vistas à proposição do protótipo de instrumento(s) voltados para a avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal, este estudo parte do modelo teórico proposto pela OMS, contemplando a adaptação transcultural dos 342 itens cientificamente validados apresentados, a seleção de itens e construção do protótipo, incluindo, na prática, três instrumentos complementares – gestores, profissionais de saúde provedores do cuidado e puérperas – e o teste do protótipo no contexto das maternidades municipais da cidade do Rio de Janeiro.

Este capítulo apresenta inicialmente alguns dados sobre o município do Rio de Janeiro, que serve como campo de construção e teste dos instrumentos desenvolvidos, seguindo-se algumas apreciações sobre o processo de prototipagem. A partir daí, de fato, debruça-se nos procedimentos metodológicos adotados nas três etapas do estudo acima mencionadas.

### 4.1 CONTEXTO

A pesquisa foi realizada na Região Metropolitana do município do Rio de Janeiro. A cidade é a segunda maior metrópole do país, e possui uma população estimada, no ano de 2022, de 6.428.785 habitantes, em um território de 1.224,56 km<sup>2</sup> de extensão. Do total de habitantes, aproximadamente, 53% são do gênero feminino e, deste grupo, 49% de mulheres estão em idade fértil (DATASUS, [acesso em 08 de março de 2023]; RIO DE JANEIRO, 2022).

A cidade do Rio de Janeiro possui 11 maternidades públicas municipais e 01 casa de parto, distribuídas em 10 Áreas de Planejamento (AP): 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, e 5.3. A divisão geográfica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) em APs tem o objetivo de melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde nos territórios (RIO DE JANEIRO, 2022).

Em cada AP existe uma maternidade de referência para o atendimento à mulher durante o período gravídico e puerperal. O pré-natal de risco habitual é realizado nas Unidades de Atenção Primária, do mesmo modo que a consulta puerperal, acompanhamento e desenvolvimento infantil. Na gestação de alto risco, o acompanhamento da mulher e do feto é compartilhado com a maternidade de referência até o final da gestação.

A proposta inicial era que o estudo fosse desenvolvido em todas as maternidades públicas municipais, porém somente 07 unidades emitiram o Termo de Anuência Institucional, autorizando a realização da pesquisa. As maternidades participantes do estudo estão localizadas nas AP 1.0, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.1, que compreendem as regiões Central e Portuária, Zona Norte e Oeste da cidade.

Além das 11 maternidades, o município conta com 01 casa de parto, totalizando 700 leitos de alojamento conjunto e 295 leitos distribuídos entre Unidade Intermediária (UI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Todas as maternidades estão inscritas no Programa Cegonha Carioca, projeto pioneiro no Brasil, implantado no município do Rio de Janeiro desde 2011, com o objetivo de humanizar e melhorar o cuidado ofertado para mães e bebês desde o pré-natal até o nascimento (RIO DE JANEIRO, 2022; MAIA *et al.*, 2019).

Entre os anos de 2018 e 2020, o Estado do Rio de Janeiro registrou 634.886 nascimentos, dos quais 58% foram cesarianas e 42%, partos normais. Neste mesmo período, o município do Rio de Janeiro registrou 250.638 partos, o que corresponde a um volume de, aproximadamente, 39% do total de nascimentos realizados em todo o estado. Em relação ao tipo de parto, o município realizou 52% e 48% de cesarianas e parto normal, respectivamente.

A tabela 1 apresenta o número de nascidos vivos e óbitos fetais registrados no município do Rio de Janeiro, por tipo de parto, entre os anos de 2018 e 2020:

**Tabela 1 - Número absoluto de nascidos vivos e óbitos fetais, por tipo de parto, no município do Rio de Janeiro no período de 2018 a 2020**

Desfecho	Ano do nascimento							
	2018		2019		2020		Total	
	PV	PC	PV	PC	PV	PC	PV	PC
<b>Nascidosvivos (n)</b>	39.259	43.261	36.624	40.137	35.022	38.094	110.905	121.492
<b>Óbitos fetais (n)</b>	<b>575</b>	235	557	235	599	242	1.731	712

Fonte: DATASUS. Sistema de Informação de Mortalidade; Sistema de Informação de Nascidos Vivos [Acessado em 05 de junho de 2023]. Legenda = PV-Parto Vaginal; PC-Parto Cesárea.

No que se refere ao número de óbitos maternos, na cidade do Rio de Janeiro foram registradas 271 mortes entre 2018 e 2020, das quais 28% (n=76) configuram óbitos maternos tardios. Em relação ao tipo de causa que contribuiu para os óbitos, 34% (n=92) das mortes decorreram de causas obstétricas diretas, sendo o mesmo número registrado para as indiretas.

Cerca de 4% (n=11) dos óbitos maternos não tiveram a causa obstétrica registrada.

## 4.2 PROTOTIPAGEM

A prototipagem postula-se na necessidade de inovação na saúde pública à medida que os cuidados se tornam mais complexos. Trata-se de uma abordagem tradicionalmente empregada em cenários de privação de recursos e muito utilizada quando se deseja ampliar ou transferir um programa ou intervenção de saúde pública para um contexto onde ainda não existe consenso sobre um dado conjunto de práticas ou intervenções. Na prototipagem, os instrumentos ou intervenções passam por ciclos iterativos para refinamento contínuo de novas abordagens, até que consiga refletir os valores, a cultura e o conhecimento da população-alvo, e responder as reais necessidades de saúde dessa população (DODD-REYNOLDS *et al.*, 2019).

Os ciclos iterativos permitem o compartilhamento de ideias entre diferentes pessoas, *insights* para o desenvolvimento e aprimoramento futuro de modelos, bem como a tomada de decisão compartilhada acerca de qual estratégia ou solução adotar. Segundo Braga e colaboradores (2022), o protótipo incentiva a comunicação e apoia a colaboração; organiza as informações; ordena padrões; obtém novas ideias e incentiva a melhoria contínua dos participantes; direciona foco para pontos relevantes; e torna o assunto em questão acessível (BRAGA *et al.*, 2022).

Os protótipos são modelos usados para testar algo novo, seja um produto, um material, um instrumento ou um projeto. Não representam a versão final do objeto, mas ajudam a chegar o mais próximo de uma versão coerente, capaz de produzir o resultado desejado para a população. Na saúde pública, ainda são poucos os estudos que consideram elementos da prototipagem no desenvolvimento de projetos, devido ao tempo, o custo e as particularidades de um dado contexto (DODD-REYNOLDS *et al.*, 2019). Todavia, na formulação de políticas a prototipagem iterativa e ciclos de teste vêm sendo cada vez mais utilizados como uma etapa para atingir um objetivo mais amplo, ou como uma forma de envolver pessoas interessadas na coleta de dados que informarão a proposta apresentada (BRAGA *et al.*, 2022).

Portanto, a prototipagem parece ser o início de um caminho para a construção de um instrumento de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal, que seja robusto e abrangente, e adaptado ao contexto onde será aplicado. Ademais, a criação de protótipos é fundamental quando da impossibilidade de replicar o modelo em diferentes contextos.

### 4.3 1ª ETAPA: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DOS ITENS DE AVALIAÇÃO

A adaptação transcultural consiste em um processo que é empregado quando um instrumento é usado em um idioma, espaço ou tempo diferente do original, a fim de avaliar se os itens são igualmente relevantes e aceitáveis na população-alvo, reduzindo os riscos de introduzir viés aos estudos desenvolvidos em um contexto diferente do original (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010). Neste caso, admite-se que os constructos e conceitos não são similares entre as diferentes culturas sendo, portanto, importante conhecer como são interpretados ou se existem em outras localidades.

Ao recomendar o modelo teórico de avaliação para uso nos serviços de saúde, a OMS destacou a necessidade de cada sistema adaptar os padrões e itens propostos na estrutura, de acordo com as características geográficas, culturais, políticas e econômicas do contexto em que serão empregadas, reconhecendo, inclusive, a existência de disparidades importantes entre territórios pertencentes ao mesmo sistema de saúde (WHO, 2016).

#### 4.3.1 Avaliação da equivalência conceitual e de itens

A avaliação da equivalência conceitual e de itens foi realizada com o intuito de verificar a pertinência de constructos e elementos teóricos para a população-alvo, bem como a sua capacidade de refletir os mesmos aspectos em ambas as culturas (COLLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998). Para proceder com a avaliação, buscou-se explorar os constructos de interesse dispostos no documento original da OMS “*Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*”, a saber: práticas obstétricas baseadas em evidências; sistemas de informação; referência e contrarreferência; cuidado centrado na mulher (comunicação efetiva, respeito, apoio emocional, dignidade e privacidade); recursos humanos competentes e motivados; e disponibilidade de recursos físicos (WHO, 2016). Tais constructos foram investigados a partir das definições originalmente aceitas e empregadas na cultura brasileira, espaço onde os itens seriam empregados.

Foram revisados conceitos e modelos teóricos existentes, a fim de analisar os limites do campo de cobertura dos itens propostos. Também foi realizada uma revisão de literatura breve utilizando chaves de busca conforme as bases de dados existentes (PubMed, LILACS, MEDLINE, PAHO e WHOLIS), a fim de identificar os aspectos mais relevantes que interferem na qualidade do cuidado materno e neonatal no Brasil. Ao mesmo tempo, a revisão

buscou explorar a correlação e relevância dos conceitos na cultura da população do país de origem e de destino.

Após a revisão de literatura, foi realizada uma discussão com um grupo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que atua na gestão e na assistência direta à mulher e ao recém-nascido, com o intuito de verificar a factibilidade e aplicabilidade dos itens propostos no âmbito das maternidades, levando-se em conta as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde. Foram reconhecidas as limitações do estudo, tendo em vista o seu desenvolvimento em maternidades públicas de um único município.

#### **4.3.2 Avaliação da equivalência semântica**

A avaliação da equivalência semântica foi realizada a fim de preservar fielmente a transferência de significados entre os diferentes idiomas, assegurando que o nível de linguagem utilizado seja compreendido e apropriado à cultura e necessidades da população de destino (COLLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A avaliação da equivalência semântica se deu em 04 momentos: tradução, retrotradução, avaliação por especialistas (Método Delphi e painel de consenso) e a aplicação dos instrumentos aos grupos de interesse (pré-teste).

##### **4.3.2.1 Tradução**

Todos os itens foram traduzidos do idioma inglês para o português, por dois tradutores diferentes, ambos de nacionalidade brasileira. Um dos tradutores tinha experiência prévia com traduções na área da saúde e conhecimentos relacionados à temática do estudo (T1); já o outro tradutor não era da área da saúde e, portanto, não tinha conhecimento sobre o que estava sendo traduzido (T2). Após o término das traduções, foi realizada, pelo pesquisador, uma análise minuciosa e formal das duas traduções, sinalizando os pontos de divergências existentes. Uma única versão foi construída a partir do resultado das análises realizadas.

##### **4.3.2.2 Retrotradução**

A versão consolidada (T1 + T2) foi encaminhada para dois tradutores diferentes (T3 e T4) que fariam a retrotradução do material, com o intuito de verificar inconsistências e erros conceituais oriundos dos processos prévios de tradução (BEATON *et al.*, 2000).

Um dos tradutores era um profissional da saúde, nativo da língua inglesa, com conhecimento da área temática (T3); enquanto o outro retrotradutor era de nacionalidade brasileira e não possuía conhecimento sobre o fenômeno que estava sendo investigado (T4). A escolha por um retrotradutor nativo da língua portuguesa (T4), decorreu da ausência de profissionais de nacionalidade inglesa disponíveis para realizar a retrotradução do volume de itens no período pretendido. Após examinar as retrotraduções feitas por T3 e T4, foram ressaltados os pontos de divergência, gerando uma versão preliminar do material (T3+T4).

Para subsidiar a avaliação semântica dos itens, o pesquisador contou com o auxílio de 01 médico especialista na área de qualidade e segurança do paciente e 01 enfermeiro obstetra com 11 anos de atuação na assistência direta à mulher e ao recém-nascido. Foi reunido o documento publicado pela OMS, que continha os itens escritos em sua versão original, e os materiais oriundos das traduções, retrotraduções e análises realizadas pelo pesquisador. Após avaliação pelo grupo, foi apresentada uma versão síntese para cada item proposto.

#### 4.3.2.3 Método Delphi

O Método Delphi foi utilizado para captar as opiniões de especialistas acerca da relevância e recomendação dos itens propostos pela OMS, para uso nos processos de avaliação realizados nas maternidades brasileiras. Trata-se de uma abordagem comum, que permite convergir em uma posição consensual sobre uma questão específica, com base no conhecimento técnico e científico, e na experiência de especialistas em um dado campo de atuação (BARRET; HEALE, 2020).

Para fins deste estudo, foram realizadas duas rodadas do Método Delphi, com intervalo de 21 dias entre elas. Ao todo, 342 itens foram submetidos à avaliação e julgamento dos especialistas. O convite foi feito por e-mail, antecedido por um contato telefônico realizado pelo pesquisador, entre os meses de junho e julho de 2022. No e-mail encaminhado, o pesquisador descreveu brevemente sobre os objetivos da pesquisa, o motivo do convite e como seria a participação do especialista nesta etapa do estudo.

Inicialmente, foram convidados 17 especialistas, sendo 07 representantes da gestão dos serviços de saúde e da academia; 07 profissionais de saúde que atuavam na assistência direta à mulher e ao recém-nascido; e 03 gestores com experiência profissional na área de gestão da qualidade e segurança do paciente. Todavia, apenas 14 profissionais aceitaram participar desta etapa do estudo.

Após obter o aceite de participação do especialista, o pesquisador encaminhou, por e-

mail, os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o link do formulário eletrônico com o conjunto de itens correspondentes à expertise e perfil profissional do especialista, o documento original da OMS e a versão final das traduções. O quadro 10 apresenta a descrição do perfil profissional dos especialistas participantes do Método Delphi:

**Quadro 10 - Perfil dos especialistas participantes do Método Delphi**

<b>Participante</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Instituição de vinculação</b>	<b>Perfil acadêmico e profissional</b>
1	Médico obstetra	SMS-RJ	Profissional médico com Mestrado em Saúde da Mulher e especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Atua na gestão da SMS/RJ e diretor de serviços de saúde.
2	Médico obstetra	Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / FIOCRUZ)	Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz com Doutorado e Mestrado em Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, planejamento e gestão em saúde, com ênfase em avaliação da qualidade em serviços de saúde. Atua na formação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas voltadas para os seguintes temas: atenção ao parto, melhoria da qualidade do cuidado, segurança do paciente e vigilância sanitária.
3	Enfermeiro obstetra	SMS-RJ	Enfermeira obstetra com Mestrado em Saúde e Sociedade. Tem experiência na área de Saúde da Mulher, atuando na gestão e direção de serviços de saúde. Tem representação na Câmara Técnica de Enfermagem Obstétrica do Município do Rio de Janeiro.
4	Enfermeiro obstetra	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Enfermeiro obstetra com mestrado e doutorado e pós-doutorado em Ciências Biológicas (Genética). Experiência profissional em maternidade de baixa e média complexidade, e ambulância especializada em urgências/emergências obstétricas e trabalho de parto (Programa Cegonha Carioca). Professor adjunto da UERJ; professor permanente da residência multiprofissional do Hospital Universitário do Gaffrée e Guinle (HUGG); professor convidado do programa de mestrado profissional do Programa de Pós-graduação em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais do HUGG.



	Médico pediatra e neonatologista	Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	Profissional médico pediatra e neonatologista, especialista em Terapia Intensiva Pediátrica, com Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente e Doutorado em Epidemiologia/Saúde Coletiva. Professor Associado no Departamento de Medicina da UFSCAR. Experiência na gestão e direção de serviços de saúde. Instrutora em reanimação neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria(SBP), aleitamento materno-IHAC e aconselhamento em amamentação pelo Ministério da Saúde. Membro executivo da Comissão Executiva do Título de Especialista em Pediatria CEXTEP da SBP. Membro do Grupo Temático de Pediatria e do Conselho Científico da SOBRASP (2020). Tem experiência na área de Medicina e Saúde Coletiva/Gestão, com ênfase em Saúde Materno-Infantil. Lidera o grupo de pesquisa NeEPePe-Núcleo de Estudos de Epidemiologia Aplicada à Saúde Perinatal e Pediátrica e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Dor e Cuidados Paliativos da UFSCar.
6	Médico pediatra	Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS/RJ). Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)	Médico pediatra, com Mestrado em Saúde Pública na área de Planejamento e Gestão. Possui experiência em gestão da qualidade e segurança do paciente. Assessoria na Coordenação Geral de Assistência da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e coordenadora das atividades de Gestão da Qualidade e Segurança da Assistência à Saúde e das Câmaras Técnicas Assistenciais. Consultora em Projetos de Qualidade e Segurança e em Acreditação de Serviços de Saúde.
7	Médico pediatra	SMS RJ	Médico pediatra, com experiência em gestão de serviços de saúde e assistência neonatal.
8	Enfermeiro obstetra	SMS RJ	Enfermeiro obstetra, com experiência na gestão de serviços e assistência de emergências obstétricas.
9	Enfermeiro obstetra	SMS RJ	Enfermeiro obstetra, com experiência na assistência direta ao trabalho de parto e parto de risco habitual.
10	Médico sanitário e epidemiologista	Instituto Nacional de Infectologia/Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ)	Médica sanitária com mestrado e doutorado em Epidemiologia. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas da assistência perinatal, saúde reprodutiva e DST/Aids. Docente permanente do programa de pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENS/FIOCRUZ.
11	Fisioterapeuta	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Fisioterapeuta com mestrado e doutorado pela Universidad de Murcia (Espanha). Docente de Saúde Coletiva e Medicina na UFRN. Vice-coordenador do mestrado profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Lidera o grupo de pesquisa CNPq/UFRN Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde – QualiSaúde. Experiência nas áreas em assistência ambulatorial e hospitalar e, na área da saúde coletiva, nas subáreas da gestão em saúde e epidemiologia. Pesquisador nas áreas temáticas da gestão da qualidade e gestão de riscos aplicadas aos sistemas de saúde, regulação sanitária, segurança do paciente, avaliação de serviços de saúde e bioestatística.

12	Psicóloga	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES-RJ)	Psicóloga, especialista em Psicologia Perinatal e Psicometria com mestrado e doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública. Pesquisadora assistente no grupo de pesquisa "Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Determinantes sociais, Epidemiologia e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços. Coordenadora do Grupode Trabalho (GT) de Saúde Mental Perinatal da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) e membro da direção do Grupo de Língua Portuguesa da International Marcé Society for Perinatal Mental Health. Docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Trabalha com temas relacionados à epidemiologia perinatal, saúde mental perinatal, instrumentos psicométricos, psicometria e políticas públicas de saúde.
13	Médico infectologista	SES RJ	Médico Infectologista, especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente e em Gestão de Políticas deSaúde Informadas por Evidências, com mestrado em Saúde Pública. Possui experiência na área de gestão em saúde, atuando nos programas de Vigilância em Saúde, Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Qualidade e Segurança do Paciente e Avaliação em Saúde. Colaboradora do Proqualis / Fiocruz. Coordenadora da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do CREMERJ. Membro do Comitê Científico da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP).
14	Médico	Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	Médico infectologista, Mestre em Saúde Pública. Coordenador de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; coordenador Adjunto do Comitê Estadual de Segurança do Paciente da SES RJ e assessor técnico e científico do Centro Colaborador de Qualidade de Assistência e Segurança do Paciente do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/ FIOCRUZ).

Fonte: Plataforma Lattes. Dados públicos extraídos do Currículo Lattes dos participantes (2022).

Considerando o volume de itens (n=342) e o fato da distribuição original não corresponder especificamente a uma especialidade técnica (como práticas baseadas em evidência na rotina de cuidado e gestão de complicações), o pesquisador propôs uma reorganização da versão original, a fim de equilibrar a quantidade de itens distribuídos por padrão, incentivar a adesão dos profissionais convidados e facilitar o julgamento dos itens pelos especialistas, de acordo com o seu conhecimento técnico e área de atuação profissional. Os padrões foram representados pela letra D (D1, D2, D3...). O quadro 11 apresenta os padrões originais e aqueles propostos pelo pesquisador, de acordo com o perfil do participante:

### Quadro 11 - Constructos originais e utilizados de acordo com o perfil de especialistas participantes

Padrão (D)	Padrões originais (WHO, 2016)	Padrões utilizados (D)	Sigla	Participante*
1	Práticas baseadas em evidências para rotina de cuidado e gestão de complicações	D1 - Práticas baseadas em evidências para a rotina de cuidado e gestão de complicações em mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.	GCMP	1, 2, 3, 4, 9
		D2 - Práticas baseadas em evidências para rotina de cuidado e gestão de complicações em recém-nascidos	GCRN	3, 5, 6, 7
2	Sistemas de informação acionáveis	D3 - Sistemas de informação e registro de dados	SIR	3, 7, 8, 10, 11
3	Sistemas de referência e funcionamento	D4 - Sistema de referência e contrarreferência	SREF	3, 9, 10
4	Comunicação efetiva	D5 - Cuidado centrado na mulher e no bebê: comunicação efetiva, respeito e preservação da dignidade e apoio emocional.	CCMB	8, 9, 12
5	Respeito e preservação da dignidade			
6	Apoio emocional			
7	Pessoal competente e motivado	D6 - Gestão de pessoal: competência, motivação e satisfação profissional.	GRH	3, 8, 9
8	Disponibilidade de recursos físicos essenciais	D7 - Estruturas dedicadas à qualidade do cuidado e segurança do paciente	SEGP	11, 13, 14,

Legenda: \*vide quadro 9.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do material *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*, da OMS (2016).

Para otimizar a participação dos avaliadores, os itens foram organizados e distribuídos em 08 formulários eletrônicos, construídos com a ferramenta Google Forms. Cada formulário correspondia a um padrão (D), associado a um conjunto de itens específicos (como itens relacionados ao manejo das complicações obstétricas; ou aqueles relacionados aos cuidados essenciais com o recém-nascido), o que subsidiou o pesquisador na seleção dos avaliadores para cada um dos padrões estabelecidos.

Notou-se que alguns itens classificados como sendo de estrutura, processo e resultado não correspondem à definição proposta por Donabedian, usualmente utilizada na área da saúde (APÊNDICE D, E, F). No entanto, optou-se por utilizar a definição inicialmente sugerida pela OMS, já que o cerne do estudo foi selecionar os itens mais relevantes e factíveis para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal nas maternidades brasileiras.

A seleção levou em conta o conhecimento técnico e a área de atuação dos avaliadores. Uma Escala Likert de recomendação, com cinco opções de respostas, foi construída, em que

"1" caracteriza o item como "não recomendado", e "5" recomendado fortemente". Um campo para justificativa, de preenchimento não obrigatório, foi disponibilizado, caso algum especialista quisesse manifestar suas críticas e sugestões.

#### 4.3.2.4 Painel de especialistas para consenso final sobre itens a serem considerados

Um novo painel de especialistas foi utilizado para complementar a apreciação realizada através do Método Delphi, possibilitando explorar, mais amplamente, o caráter qualitativo dos dados, a partir do compartilhamento de conhecimentos e opiniões técnicas. Ao contrário do Método Delphi, que possui um caráter, predominantemente, quantitativo, o painel de busca de consenso qualitativo propiciou reflexões a partir de debates sobre o tema abordado (BARRET; HEALE, 2020).

Considerando o volume de itens e a necessidade de cumprimento do cronograma do estudo, foram submetidos a julgamento, somente os itens em que não houve consenso, no método Delphi, em relação ao nível de recomendação. Ou seja, aqueles que obtiveram um IC < 100% para as respostas 3 - recomendado com críticas, 4 - recomendado e 5 - recomendado fortemente da Escala Likert.

Do mesmo modo que na etapa anterior, o convite foi feito por e-mail, antecedido por um contato telefônico realizado pelo pesquisador, entre os meses de agosto e setembro de 2022. No e-mail encaminhado, o pesquisador apresentou os objetivos da pesquisa, o motivo do convite, quando se daria o painel e como seria a participação dos painelistas durante a dinâmica.

Inicialmente, foram convidados 18 especialistas, mas somente 12 aceitaram participar. Dos avaliadores, 05 eram representantes da gestão dos serviços de saúde e da área acadêmica; 05 profissionais de saúde atuavam na assistência direta à mulher e ao recém-nascido e 02 tinham experiência na área de gestão da qualidade e segurança do paciente. Entre os convidados para o novo painel, 06 participaram ativamente do Método Delphi.

O quadro 12 apresenta a descrição do perfil profissional dos avaliadores que participaram do painel de especialistas:

**Quadro 12 - Perfil dos profissionais participantes do painel de especialistas**

N	Categoria profissional	Instituição vinculação	Perfil acadêmico e profissional
1	Médico obstetra	SMS RJ	Profissional médico com Mestrado em Saúde da Mulher e residênciamédica na área de Ginecologia e Obstetrícia. É diretor de serviços de saúde, atuando na gestão da SMS/RJ e em sala de parto.
2	Médico Neonatologista	SMS RJ	Profissional médico neonatologista da SMS RJ. Experiência na assistência direta ao recém-nascido, na gestão e direção de serviços de saúde.
3	Médica obstetra	SMS RJ	Profissional médico obstetra, com residência médica na área Ginecologiae Obstetrícia. Atua na Diretoria de Vigilância em Saúde da SMS/RJ e em sala de parto.
4	Enfermeiro obstetra	SMS-RJ	Enfermeira obstetra com Mestrado em Saúde e Sociedade. Tem experiência na área de Saúde da Mulher, atuando na gestão e direção de serviços de saúde. Tem representação na Câmara Técnica de Enfermagem Obstétrica do Município do Rio de Janeiro.
5	Enfermeira Obstetra	SMS-RJ	Enfermeira obstetra especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade. Mestranda em Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH-UFRJ). Participante do Laboratório de Estudos de Relações Étnico Raciais – LERER. Experiência prática e na área de pesquisa voltada para Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher no ciclo gravídico e puerperal; Assistência ao parto normal e natural humanizado de risco habitual; Assistência à gestação de alto risco; Assistência ao Parto Domiciliar; Cuidados imediatos com o RN em sala de parto e no domicílio; Docência; Gestão; Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade; Violência Obstétrica; Racismo Obstétrico e Encarceramento feminino.
6	Enfermeira Obstetra	SMS-RJ	Enfermeira obstetra, especialista em Enfermagem Obstétrica e Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem na linha de cuidado materno-infantil. Preceptora do programa de residência de enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
7	Médico pediatra e neonatologista	Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	Profissional médico pediatra e neonatologista, especialista em Terapia Intensiva Pediátrica, com Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente e Doutorado em Epidemiologia/Saúde Coletiva. Professor Associado no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Experiência na gestão e direção de serviços de saúde. Instrutora em reanimação neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), aleitamento materno-IHAC e aconselhamento em amamentação pelo Ministério da Saúde. Membro executivo da Comissão Executiva do Título de Especialista em Pediatria (CEXTEP) da SBP. Membro do Grupo Temático de Pediatria e do Conselho Científico da SOBRASP (2020). Tem experiência na área de Medicina e Saúde Coletiva/Gestão, com ênfase em Saúde Materno-Infantil. Lidera o grupo de pesquisa NeEPePe- Núcleo de Estudos de Epidemiologia Aplicada à Saúde Perinatal e Pediátrica e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Dor e Cuidados Paliativos da UFSCar.
8	Enfermeiro obstetra	SMS RJ	Enfermeiro obstetra, com experiência na assistência direta ao trabalho de parto e parto de risco habitual.
9	Enfermeiro obstetra	SMS RJ	Enfermeiro obstetra, com experiência em parto domiciliar; e assistência direta ao trabalho de parto e parto de risco habitual hospitalar.

10	Psicóloga	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e SES-RJ	Psicóloga, especialista em Psicologia Perinatal e Psicometria com mestrado e doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública. Pesquisadora assistente no grupo de pesquisa "Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Determinantes sociais, Epidemiologia e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços. Coordenadora do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental Perinatal da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) e membro da direção do Grupo de Língua Portuguesa da International Marcé Society for Perinatal Mental Health. Docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Trabalha com temas relacionados à epidemiologia perinatal, saúde mental perinatal, instrumentos psicométricos, psicometria e políticas públicas de saúde.
11	Médico infectologista; especialista em gestão da qualidade e segurança do paciente	SES-RJ	Médico Infectologista, especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente e em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências, com mestrado em Saúde Pública. Possui experiência na área de gestão em saúde, atuando nos programas de Vigilância em Saúde, Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Qualidade e Segurança do Paciente e Avaliação em Saúde. Colaboradora do Proqualis / Fiocruz. Coordenadora da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do CREMERJ. Membro do Comitê Científico da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP).
12	Arquiteta sanitária	Vigilância Sanitária da SES-RJ	Arquiteta sanitária e auditora fiscal da Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (SUVISA). Experiência na área de Biossegurança, segurança do paciente e arquitetura de serviços de saúde.

Fonte: Plataforma Lattes. Dados públicos extraídos do Currículo Lattes (2022).

Após obter o aceite de participação, o pesquisador encaminhou por e-mail os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um documento com as orientações gerais sobre a dinâmica das sessões, o documento original da OMS, as versões traduzidas e uma planilha, compartilhada no Google Drive, com a disposição dos itens que seriam discutidos durante os encontros.

A apresentação prévia do conteúdo aos avaliadores teve o intuito de otimizar a sessão e possibilitar buscas por evidências científicas para apoiar as decisões. Todas as sessões foram gravadas, a fim de facilitar a análise dos dados e a realização de um relatório, a posteriori, pelo pesquisador.

Foram programados 2 encontros com os especialistas, ambos realizados no mês de outubro de 2022. A fim de facilitar a participação dos painelistas, o primeiro encontro ocorreu no formato híbrido, dando a possibilidade do especialista optar pela modalidade presencial ou remota. O encontro presencial ocorreu na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Já a segunda reunião ocorreu, integralmente, na modalidade remota.

#### 4.3.2.5 Proposição do instrumento e Pré-teste

Após julgamento técnico dos especialistas, foi construída uma versão preliminar de um protótipo para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal, a partir dos itens que foram mantidos e/ou ajustados para o contexto das maternidades públicas brasileiras.

Tendo em vista a variedade e a abrangência dos itens, optou-se pela construção de um instrumento modular que seria aplicado a uma amostra não aleatória, a fim de verificar a sua compreensão escrita e verbal. A amostra foi composta por gestores de maternidades (diretores e/ou coordenadores de serviço); médicos obstetras, pediatras e enfermeiros que atuam na assistência direta à mulher e ao recém-nascido; e mulheres puérperas, usuárias dos serviços públicos de maternidade. O pré-teste foi realizado com o intuito de verificar a compreensão escrita e verbal da população-alvo em relação ao instrumento.

A abordagem das mulheres e profissionais de saúde ocorreu na maternidade, nos momentos em que os cuidados não estavam sendo realizados. Em relação aos gestores, foi realizado um agendamento prévio por e-mail. Os locais para a realização do pré-teste foram os mesmos serviços de saúde selecionados para o estudo, visto o contato prévio e apoio institucional concedido para o seguimento da pesquisa.

A distribuição dos itens de avaliação entre as três versões do instrumento - gestores, profissionais de saúde provedores do cuidado e mulheres - considerou a natureza do item e a capacidade de resposta do participante (p.ex., itens que verificavam a qualificação profissional constaram da versão do instrumento para profissionais de saúde). Deste modo, a distribuição dos itens considerou os seguintes critérios: 1-a versão aplicada para os gestores buscou investigar os aspectos referentes à disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos; condições de infraestrutura; apresentação de documentos institucionais; o uso de práticas baseadas em evidências; sistemas de referência e contrarreferência; gestão de recursos humanos; disponibilidade e adequação de estruturas dedicadas à melhoria da qualidade e segurança do paciente; 2- a versão aplicada aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras e pediatras), abrangeu os itens dedicados à investigação da qualificação técnica, satisfação do trabalhador e avaliação de desempenho; 3- a versão endereçada as mulheres incluiu itens que avaliam sua experiência de parto, apoio e incentivo à participação nos processos decisórios, cuidado centrado na mulher e satisfação com o atendimento ofertado.

#### 4.4 ESTUDO SECCIONAL

##### 4.4.1 População, amostra e sujeitos do estudo

Foram considerados dois níveis populacionais na pesquisa. O primeiro, composto por gestores de maternidades, obstetras, pediatras, enfermeiros e mulheres puérperas, usuárias dos serviços de saúde; e o segundo, constituído por maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro.

Os critérios de elegibilidade para participação no estudo seccional foram: gestores no cargo de direção ou coordenação de serviço em maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro; profissionais de saúde – médicos e enfermeiros obstetras e pediatras – com experiência mínima de 06 meses na assistência à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto epuerpério; e mulher puérpera, maior de 18 anos, que teve filho vivo na véspera do dia de pesquisa, e que esteja em boas condições de saúde para ser entrevistada.

Em relação às maternidades públicas municipais, tendo em vista o número reduzido (n=07), e o fato de que uma amostra estratificada por maternidade é bem mais eficiente do que uma conglomerada por maternidade, não foi feita a seleção de uma amostra para este grupo.

As maternidades incluídas no estudo foram caracterizadas quanto ao tipo, nível de complexidade, quantidade de profissionais que atuam no cuidado à mulher e ao recém-nascido (médico ginecologista e obstetra, médico pediatra, médico neonatologista, enfermeiro obstetra/ generalista, enfermeiro neonatologista), número de leitos, e total de nascimentos em 2022 (quadro 13):

**Quadro 13 - Caracterização das maternidades públicas municipais quanto ao nível de complexidade, quantitativo de profissionais, número de leitos e total de nascimentos em 2022**

Mat	AP	Risc	Número de leitos			Número de profissionais					Nasc (n)
			Compl	Obst	Ped Clín	Med Obs	Med ped	Enf Obs	Enf Neo	Enf Ger	
A	3.3	Baix	UCI Neo Cang: 4 UCI Neo Conv: 8 UTI Neo Tip II: 4	Cir: 36 Clín:5	5	33	28	24	-	50	PV:1341 PC:440



B	5.1	Baix	UCI Neo Cang: 4 UCI Neo Conv: 11 UTI Neo TipII: 10	Cir: 63 Clín:9	8	109	47	30	25	68	PV:1892 PC:1505
C	4.0	Baix	UCI Adult:9 UCI Neo Cang: 4 UCI Neo Conv: 15 UTI Neo Tip II: 10 UTI adult Tip I: 13	Cir: 23 Clín:59	13	52	85	21	13	212	PV:3196 PC:1917
D	3.2	Baix	-UTI Neo Tip II: 04	Cir: 34 Clín:49	4	72	66	37	01	80	PV:2005 PC:1439
E	1.0	Baix	UCI Neo Cang: 8 UCI Neo Conv: 22	Cir: 62 Clín:12	6	76	70	24	25	51	PV:2712 PC:1129
F	3.3	Baix	UCI Neo Cang: 4 UCI Neo Conv: 11 UTI Neo Tip II: 10	Cir: 43 Clín:16	2	43	50	11	-	84	PV:2454 PC:1589
G	1.0	Alto	UCI Neo Cang: 6 UCI Neo Conv: 24 UTI Neo Tip II: 18 UTI adult Tip I: 08	Cir: 26 Clín:52	8	55	49	16	02	116	PV:1904 PC:1171

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES, acesso em 10 de março de 2023); TABNET Municipal (acesso em 10 de março de 2023).

Em relação ao volume de internações nas maternidades selecionadas, a tabela 2 apresenta estes dados no período de 2019 a 2022:

**Tabela 2 - Número absoluto de internações por maternidade de 2019 a 2022**

Mat	Anos				
	2019	2020	2021	2022	Média
Mat A	4.321	4.081	3.614	3.614	3907
Mat B	7.059	6.415	6.344	7.141	6739
Mat C	10.907	11.398	12.645	11.292	11.560
Mat D	6.366	5.460	4.864	4.118	5.202
Mat E	5.591	5.734	5.648	5.965	5.071
Mat F	2.749	6.333	6.946	6.588	5.734
Mat G	7.487	6.716	6.287	5.683	6.543
<b>Total</b>	<b>44.480</b>	<b>46.137</b>	<b>46.348</b>	<b>44.401</b>	<b>45.341</b>

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação Hospitalar (Acesso em 07 de julho de 2023).

A tabela 2 indica que há variação na produção por maternidade, com destaque para a Maternidade C, que está inserida em um hospital geral, historicamente reconhecido pelo alto volume de procedimentos hospitalares.

#### 4.4.1.1 Amostra

Tendo em vista que o estudo não tem o intuito de avaliar a qualidade dos serviços de maternidades, e sim construir e adaptar um instrumento de avaliação para o contexto das maternidades brasileiras, optou-se por utilizar uma amostra de conveniência para os profissionais e puérperas elegíveis nas unidades selecionadas.

Deste modo, decidiu-se usar o mesmo número de entrevistados em cada uma das maternidades, considerando as diversidades sociodemográficas e territoriais do município do Rio de Janeiro, bem como as diferenças no perfil de atendimento da população.

#### 4.4.1.2 Seleção da amostra de profissionais e puérperas

Em função do número de dias de deslocamento à maternidade para entrevistar um ou mais profissionais, foram selecionadas as puérperas, maiores de 18 anos, que tiveram filhos nascidos vivos, a partir das listas de pacientes internadas na maternidade. A abordagem dos médicos obstetras, pediatras e enfermeiros foi feita a cada visita na maternidade, considerando sempre a disponibilidade dos profissionais na rotina do serviço. As visitas com os gestores foram previamente agendadas pelo pesquisador, a fim de não atrapalhar a rotina de atendimento. Esse procedimento comum, apesar de aumentar o esforço de coleta com visita às maternidades por mais dias, permite que se dedique o tempo necessário à realização de uma boa entrevista.

Foram excluídos do estudo profissionais de saúde que estavam em treinamento prático na instituição ou cursando algum programa de residência, considerando terem como objetivo a sua formação profissional.

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

### 4.5.1 Método Delphi

Para verificar o consenso entre os avaliadores, foi calculado o Índice de Concordância (IC) para cada item analisado. O cálculo consiste em dividir o número de respostas em acordo pela soma do número de participantes, e multiplicar por 100. Este método mede a proporção de avaliadores que estão em concordância acerca da recomendação do item avaliado.

Segundo a literatura, espera-se que o item seja representativo quando o IC variar de 80 a 100%, considerando a participação mínima de 08 respondentes por item. Todavia, neste estudo, o número de respondentes variou de 03 a 05, ficando estabelecido que o item para ser representativo deve apresentar um IC de 100% (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Aqueles que obtiveram IC=100% para as opções de resposta 1 — não recomendado e 2-recomendado fracamente foram automaticamente excluídos do escopo de itens; enquanto os que apresentaram IC <100%, com variações de resposta para 3 — recomendado, com críticas, 4 —recomendado e 5 —recomendado fortemente, foram submetidos a um painel de especialistas.

### 4.5.2 Painel de especialistas

Ao final dos dois encontros, foi feita a transcrição das gravações, em texto corrido, utilizando o editor de texto Microsoft Word. Após a transcrição do conteúdo técnico, os dados descritivos foram transpostos para uma planilha do Excel, a fim de serem correlacionados com os itens avaliados.

### 4.5.3 Estudo seccional

Ao final da pesquisa de campo, uma análise exploratória de todos os instrumentos foi realizada. Cada instrumento foi revisado minuciosamente a fim de identificar itens com respostas em branco - no caso daqueles que foram autoaplicáveis - ilegíveis e/ou incoerentes, ou seja, com mais de uma opção assinalada. Os itens com respostas ilegíveis e/ou com respostas diferentes daquelas que constam da escala foram desconsiderados.

Para iniciar a digitação dos dados, todos os instrumentos foram codificados de acordo com a maternidade. Ou seja, os instrumentos que foram aplicados na Maternidade A

receberam o código A.1; aqueles aplicados na maternidade B foram codificados como B.1; e assim por diante. A digitação do banco de dados foi feita pelo próprio pesquisador, responsável pela coleta de dados, em uma planilha eletrônica no Excel. Posteriormente, os dados inseridos foram conferidos pelo pesquisador e por uma segunda pessoa, revisados, corrigidos e comparados variável por variável utilizando o pacote estatístico R.

#### 4.5.3.1 Plano de análise estatística e modelos de medição

O programa estatístico R em sua versão 4.2.3 (THE R FOUNDATION, 2021) foi utilizado para realizar a análise dos dados. Especificamente para os modelos de medição com análise fatorial confirmatória, que utilizam variáveis latentes, foi utilizado o pacote Lavaan (v0.6-10) do programa R (ROSSEEL, 2012). O intervalo de confiança estipulado foi de 95%, onde os valores de significância abaixo de 0,05 foram considerados estatisticamente significativos, rejeitando a hipótese nula.

Para testar a estrutura teórica criada no questionário após a revisão bibliográfica e a avaliação dos especialistas, foram realizadas análises em três passos. Primeiramente, a fim de compreender o padrão de distribuição dos dados, assim como a composição da amostra, foram conduzidas análises das medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, 1º e 3º quartil, desvio padrão, valor máximo e mínimo), apresentadas mediante tabelas, possibilitando um primeiro diagnóstico sobre a variância dos dados. Sendo a variância dos dados um critério fundamental para a condução de análises fatoriais, dados com valores de efeito teto ou chão (itens com valores médios muito próximos dos valores máximos ou mínimos da tabela) podem indicar baixa variância e indicar que os dados não são próprios para realizar análises mais complexas. Também foi realizado o teste Shapiro-Wilk e o teste de Mardia, que são, respectivamente, um teste de normalidade univariada, e o teste de normalidade multivariada, para testar a hipótese nula de que a amostra vem de uma população com distribuição normal. Nestes testes, um p-valor menor que 0,05 indica que há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula, ou seja, a amostra não vem de uma população normal (MARDIA, 1970). Muitos modelos estatísticos e testes de hipóteses pressupõem a normalidade dos dados para que possam ser aplicados com validade, e, apesar de que a análise fatorial exploratória é robusta quanto às violações de normalidade univariada, pressupõe que as variáveis tenham uma distribuição multivariada normal conjunta (DAMÁSIO, 2012).

Após a análise descritiva, passamos para as análises fatoriais dos dados. O objetivo de aplicar uma análise fatorial, tanto no caso da exploratória quanto na confirmatória, é o de

validar instrumentos de medida compostos por múltiplos itens, permitindo determinar o agrupamento dos itens (DAMÁSIO, 2012), e, assim, pode ser usado no desenvolvimento ou adaptação de medidas de determinado estudo (ORCAN, 2018). Podem ser realizadas análises fatoriais exploratórias (AFE) dos dados ou confirmatórias (AFC), e, classicamente, é dito que elas diferem em termos dos objetivos do pesquisador, sendo o primeiro para construir uma teoria e o último para confirmá-la, ainda que existem outras correntes que defendem outros tipos de distinção (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014).

A AFE é recomendada quando ainda não há uma hipótese muito bem definida sobre a relação entre os itens, quando o instrumento é novo, e quando existem evidências empíricas fracas sobre o assunto estudado (ORCAN, 2018). Por ter estrutura desconhecida, o pesquisador não tem ingerência nem sobre a quantidade de fatores a ser encontrada nem sobre o pertencimento de determinado item a um fator latente, sendo o EFA uma ferramenta que ajuda a explicar a estrutura existente (ORCAN, 2018). Observa-se que, classicamente, o AFE trabalhava com o pressuposto de que haveria uma relação de linearidade entre os itens e o fator que eles medem, o que é compatível com variáveis contínuas, e, por conseguinte, a utilização da matriz de correlação de Pearson (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). No entanto, em ciências sociais, é comum a utilização de escalas tipo Likert que configuram escalas ordinais e cuja distribuição, frequentemente, não é normal. Caso a escala de resposta apresente um crescimento em intensidade ou frequência, e possuindo ao menos cinco categorias de resposta, é possível tratá-las como contínuas (RHEMTULLA; BROSSEAU-LIAR; SAVALEI, 2012). Caso as escalas sejam abaixo de cinco níveis de categorias de resposta, ou caso a distribuição não seja normal, recomenda-se utilizar uma matriz que seja robusta para análises com estas características, como a matriz de correlação policórica, que trata os dados como ordinais ou correções nos estimadores dos dados (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). Há, ainda, o caso de itens de escalas binárias de resposta, para a qual recomenda-se o uso de uma matriz tetracórica de correlação para as análises fatoriais exploratórias (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). Em casos de dúvida, é possível realizar análises com diferentes estruturas para elucidar melhores práticas (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014).

Primeiramente, foram realizadas análises com vistas à indicação se os dados eram apropriados para a realização de uma análise fatorial exploratória (AFE), através do teste de esfericidade de Bartlett (*Bartlett's test of sphericity*) e o índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (DAMÁSIO, 2012). O KMO pode variar de zero a um, sendo valores próximos ao zero indicativos de que a realização de uma análise fatorial não é indicada, e valores acima de 0,7 indicadores de que os dados são compatíveis com a

realização desta análise (DAMÁSIO, 2012). Já no teste de esfericidade de Bartlett é desejável que a hipótese nula seja rejeitada, com um grau de significância  $p < 0,05$  (DAMÁSIO, 2012).

No caso em que a avaliação indicou a pertinência de uma AFE segundo os critérios acima indicados, passamos para esta análise atentando para decisões apropriadas para os dados com o objetivo de se obter uma estrutura fatorial adequada. Por exemplo, além do tipo de matriz de correlação utilizada, o método de extração e de rotação também precisavam ser selecionados e definidos para o melhor resultado possível (DAMÁSIO, 2012; LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). Para a AFE, deve-se aplicar uma rotação oblíqua quando os fatores possuem algum nível de correlação entre si, e rotações do tipo ortogonal quando se presume não relação entre os fatores (ROGERS, 2022). O método de extração deve ser escolhido baseado no padrão de distribuição e características dos dados, sendo o de máxima verossimilhança recomendado para dados de distribuição normal ou quase normal (LLORET-SEGURA *et al.*, 2014). Nos casos cuja distribuição difere muito da normal, recomenda-se o método *principal axis factoring* (PAF) (DAMÁSIO, 2012), e para dados de estrutura categórica e distribuição não normal, recomendam-se os métodos *Unweighted Least Squares* (ULS) e *diagonally weighted least squares* (DWLS) (FORERO; MAYDEU-OLIVARES; GALLARDO-PUJOL, 2009; LLORET-SEGURA *et al.*, 2014).

O maior desafio é determinar quantos fatores devem ser extraídos na análise fatorial exploratória, sem superestimar ou subestimar a quantidade de fatores existentes (DAMÁSIO, 2012). No entanto, alguns critérios podem auxiliar na decisão sobre qual é a estrutura de dados a ser dada como a solução final, ou, quantos fatores devem ser retidos. A análise dos *eigenvalues* calcula quanto de variância total pode ser explicada por cada fator, e recomenda-se a retenção de fatores que possuem um valor  $> 1$  (DAMÁSIO, 2012). O gráfico de scree plot também pode facilitar a escolha da quantidade de fatores a ser retidos através de uma inspeção visual da curva de fatores: retém-se até o fator anterior à estabilização da curva mais brusca, o -cotovelo (DAMÁSIO, 2012). Ainda assim, o critério de retenção fatorial de Kaiser e o scree plot podem oferecer estimativas errôneas. Apesar de comumente usados para determinar o número de fatores a serem extraídos, são testes inapropriados dado que superestimam o número de fatores ou oferecem interpretações confusas (DAMÁSIO, 2012; ROGERS, 2022). Para substituí-los, recomendam-se outros métodos, o método de análises paralelas (PA), que é robusto para amostras pequenas, e o método de Hull, que mostrou-se mais preciso nas simulações realizadas pelos autores (DAMÁSIO, 2012; ROGERS, 2022). O método de Hull não apresenta suposto de normalidade, e mostrou-se mais apropriado quando tratam-se de dados ordinais e amostras pequenas (DAMÁSIO, 2012). A partir dos resultados,

deve-se utilizar o índice CFI quando os dados possuem distribuição normal multivariada, e o CAF quando não apresentarem distribuição normal (DAMÁSIO, 2012).

A análise das cargas fatoriais auxiliaram na decisão da composição final das escalas, indicando quais itens mais contribuem para a explicação do fator. A literatura é imprecisa com relação à carga fatorial mínima aceitável, porém, utilizamos o ponto de corte de 0,3 dado que cargas fatoriais abaixo deste valor são consideradas de baixa contribuição explicativa para o fator medido (REICHENHEIM; BASTOS, 2021). Esperou-se, também, que um item entregue especificidade fatorial, ou seja, que não tenha ambiguidade quanto ao fator onde está carregando, e, havendo violado esta propriedade, este item fosse identificado, podendo ser substituído ou alterado (REICHENHEIM; BASTOS, 2021, p. 9). Junto a isso, foi aplicado um teste de confiabilidade da escala, capaz de indicar, através do coeficiente do alfa de Cronbach a consistência interna das escalas propostas, sendo um  $>0,7$  aceitável e  $>0,5$  inaceitável (DAMÁSIO, 2012).

Finalmente, após passar por todos os passos acima explicitados, realizamos a análise fatorial confirmatória (AFC) com o objetivo de testar o modelo definido na AFE. A AFC tem o benefício de entregar resultados mais precisos, de entregar análises robustas diante de dados binários e ordinais e de diminuir o impacto dos erros de medição na equação (RHEMTULLA; BROSSEAU-LIARD; SAVALEI, 2012).

No caso da AFC, foi demonstrado por diversos estudos que o método ULS é um estimador mais adequado para amostras pequenas e com categorias ordinais do que métodos como o de máxima verossimilhança, além de não possuir pressupostos relacionados à distribuição dos dados e uma ótima habilidade de estimar vários parâmetros de uma vez (Koçar; Koçar, 2015). Dadas estas definições, o software devolveu o resultado em forma de indicadores, que apontaram quão bem ajustado estava o modelo teórico ao modelo observado. Os indicadores que foram utilizados para determinar os índices de ajuste adequados, bem quanto os critérios utilizados foram o Comparative Fit Index (CFI)  $\geq 0,96$ , Tucker-Lewis Index (TLI)  $\geq 0,96$ , Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)  $< 0,09$ , dentro de um intervalo de confiança de 95% (HU; BENTLER, 1999).

Ainda com todos esses passos adotados, é importante destacar que a solução final deve se pautar em critérios estatísticos porém, também, outros critérios anteriores, como o conceitual (REICHENHEIM; MORAES, 1998). Sendo assim, todas as decisões tomadas respeitaram um raciocínio crítico de aporte teórico dos itens analisados, buscando uma solução final com parcimônia estatística, mas também relevância e precisão teórica.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e da SMS-RJ, com numeração do CAAE 53087021.5.0000.5240 e 53087021.5.3001.5279, respectivamente.

Todas as maternidades incluídas no estudo tiveram autorização por escrito da direção, sendo a carta de autorização encaminhada ao CEP da SMS-RJ. Somente após aprovação, deu-se início ao estudo no âmbito das maternidades. Todos os participantes da pesquisa assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante. A assinatura do termo se deu após esclarecimento aos participantes sobre o desenvolvimento, objetivos, riscos e benefícios do estudo.

Foi resguardada a confidencialidade dos dados e o anonimato das maternidades e dos participantes, sendo garantida aos profissionais e mulheres a liberdade para declinar da sua participação na pesquisa a qualquer momento. Do mesmo modo, o respeito e a privacidade foram resguardados durante a aplicação das entrevistas. A devolutiva dos resultados do estudo será feita pelo pesquisador a todos os diretores de maternidade.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 RELATÓRIO DA TRADUÇÃO

Os materiais traduzidos para o português foram analisados minuciosamente a fim de confrontar quaisquer tipos de divergências no processo de tradução. Para realizar a comparação entre a versão original e a versão traduzida por T1 e T2, os arquivos foram dispostos, um em seguida ao outro, alternadamente, na seguinte ordem: 1) original em inglês, 2) tradução de T1 e 3) tradução de T2. Todas as situações que caracterizaram quebra da equivalência gráfica e textual - omissões, inserções e erros - relações de combinações, idiomatismo e escolhas léxico-gramaticais foram registradas, analisadas e consensuadas pelo grupo responsável pela análise. Ao final, foi construída uma síntese das principais divergências apontadas nas duas traduções (APÊNDICE A) e submetida ao painel de especialistas.

Na tradução, a expressão *“health-care staff”* foi traduzida por T1 como “equipe de saúde” e T2 “profissionais de saúde”, optando-se pelo termo “equipe de saúde”, por se tratar de um termo que vem cada vez mais ganhando notoriedade e importância no âmbito dos serviços de saúde. O trabalho em equipe, além de necessário, constitui um componente estratégico da gestão do cuidado, capaz de produzir melhores resultados na atenção à saúde do indivíduo e de seus familiares (PEDUZZI *et al.*, 2021).

O termo *“service training”* foi traduzida por T1 como “formação contínua” e por T2 como “treinamento em serviço”, podendo ser considerada uma quebra de equivalência que não chega a ser um erro. Optou-se por utilizar a expressão “treinamento em serviço”, pois parece ser mais adequado ao que se pretende investigar. Formação contínua é um termo abrangente, que consiste em um processo dinâmico e organizado, envolvendo uma série de etapas.

Já o termo *“early postpartum”* foi traduzido por T1 como “pós-parto precoce” e por T2 como “puerpério imediato”. Considerando a classificação dos momentos do puerpério estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), optou-se pelo uso do termo “puerpério imediato”.

No material produzido por T1, a palavra *“deaths”* foi traduzida por “óbito”, enquanto T2 traduziu como “morte”. Ainda que a palavra óbito e morte sejam sinônimos, usados para se referir ao processamento irreversível das atividades fisiológicas necessárias à manutenção do sistema orgânico, foi escolhido o vocábulo “óbito”. A decisão foi consensuada, não tendo

diferenças de cunho científico que justificassem a escolha.

Ainda nos materiais produzidos, houve divergência quanto à tradução de “*active labor*”. O termo foi traduzido por “trabalho de parto ativo” e “fase ativa de trabalho de parto”. No entanto, decidiu-se por utilizar o segundo termo, pois o mesmo já integra a literatura científica utilizada no Brasil. No manual de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, do Ministério da saúde, o trabalho de parto é dividido em fases - dilatação, expulsão, dequitação e Greenberg - sendo a fase da dilatação caracterizada como fase ativa do trabalho de parto (BRASIL, 2022).

Outra divergência foi a tradução da expressão “*breastfeeding support*”, ora traduzida como amamentação, ora como aleitamento materno. Tendo em vista a definição de “amamentação” como o ato da mulher dar o peito ao lactente; e “aleitamento materno” como uma estratégia que pode se dar de diferentes formas, podendo ser exclusivo e/ou complementado, optou-se pela tradução “amamentação”.

Em mais de um momento, a expressão “*during labour and childbirth*” foi traduzida por T1 como “durante o trabalho de parto e parto”, enquanto T2 traduziu “durante o parto”. Considerando que o item refere-se à identificação e manejo das complicações obstétricas, o grupo optou pela tradução de T1, visto que a atuação do profissional deve se dar em todo o período do ciclo gravídico, incluindo o pré-natal e o puerpério.

Na expressão “*supportive supervision in routine care and detection of obstetric complications*” também houve discordância entre os tradutores. T1 traduziu a expressão por “supervisão de apoio nos cuidados de rotina e detecção de complicações obstétricas”; enquanto T2 leu “supervisão de apoio na detecção e tratamento de rotina de complicações obstétricas”. Considerando a tradução literal do vocábulo “*care*” para o idioma português, o grupo optou pela versão de T1, associada à percepção que este vocábulo se adequa melhor à proposta de investigação do item.

Outra discordância apontada foi na tradução da expressão “*supplies of sterile cord ties (or clamps)*”, ora traduzida por T1 “suprimentos de cordões estéreis (ou pinças)”, ora por T2 “suprimentos de grampos de cordão umbilical esterilizados (ou clamps)”. A decisão foi consensuada pela tradução de T2, não tendo diferenças de cunho científico que justificassem a escolha, apenas um entendimento de ser culturalmente mais próxima da rotina dos serviços de saúde.

A expressão “*maternal near miss*” foi traduzida por T1 como “quase acidente maternos”, enquanto T2 manteve a expressão “*near miss*”, traduzindo apenas “materno”. Considerando que essa expressão idiomática já é amplamente utilizada no Brasil,

especialmente nas publicações nacionais sobre segurança do paciente, optou-se por manter a tradução apresentada por T2 “*near miss* materno”.

De um modo geral, os tradutores mantiveram o foco no conteúdo traduzido, preservando o sentido do item investigado. No entanto, assumiram e divergiram nas adaptações dos elementos lexicais e gramaticais entre as línguas. Acredita-se que tais adaptações visam suprir as suas dificuldades e expectativas durante a leitura do material traduzido.

Percebeu-se que a tradução realizada por T1, que tinha familiaridade com o conteúdo que estava sendo traduzido, foi mais fluida e adaptada, buscando utilizar termos e palavras que venham dar sentido e coerência para o leitor no momento da leitura do texto traduzido, levando sempre em consideração os aspectos culturais e sociais a que se insere. Ou seja, T1 buscou traduzir de acordo com o público-alvo que se deseja alcançar. Já T2 não era da área da saúde e, portanto, preocupou-se mais com a tradução literal dos itens, dificultando, em algumas vezes, a compreensão do conteúdo traduzido.

## 5.2 MÉTODO DELPHI

O Método Delphi foi realizado entre os meses de agosto e setembro de 2022, com intervalo de 21 dias entre as duas rodadas de avaliação. O total de rodadas foi definido em função de atender o cronograma do estudo e obter consenso técnico em relação a cada um dos itens propostos. O consenso técnico foi possibilitado pela experiência profissional dos participantes na área de interesse e pelo acesso às evidências científicas disponíveis até o momento.

Os itens duplicados e aqueles que tiveram Índice de concordância (IC) de 100% para as respostas 1 “não recomendado” e 2 “recomendado fracamente”, foram excluídos do escopo geral. Já os itens em que o IC = 100% para as opções de resposta 04 “recomendado”, e 05 “recomendado fortemente” foram considerados relevantes para compor o instrumento. Aqueles que apresentaram variações percentuais entre as respostas 03, 04 e 05 foram submetidos a um painel de especialistas para consenso final.

O quadro 14 apresenta os itens que foram excluídos no Método Delphi, por padrão, e aqueles que foram “recomendados” e “recomendados fortemente”.

**Quadro 14 - Método Delphi: Itens excluídos, “recomendados” e “recomendados fortemente”**

Padrão (D)	Nível de recomendação			Item recomendado e recomendado fortemente*
	Excluídos	Recomendado (IC=100%)	Recomendado fortemente (IC=100%)	
D1- GCMP	D1.P.14, D1.P.32, D1.P.20, D1.P34	-	D1.E.01, D1.E.02, D1.E.05, D1.E.07, D1.E.08, D1.E.09, D1.E.10, D1.E.12, D1.E.14, D1.E.15, D1.E.17, D1.E.19, D1.E.21, D1.E.23, D1.E.24, D1.E.26, D1.E.27, D1.E.29, D1.E.31, D1.E.38, D1.E.40, D1.E.41, D.E.42, D1.E.45, D1.P.01, D1.P.03, D1.P.05, D1.P.07, D1.P.08, D1.R.04, D1.R.07, D1.R.16	D1.E.06, D1.E.11, D1.E.18, D1.E.20, D1.E.33, D1.E.37, D1.E.39, D1.E.43 D1.P15, D1.P.28 D1.R.05, D1.R.17
D2-GCRN	D2.P.10	D2.E.01	D2.E.05, D2.E.07, D2.E.10, D2.E.11, D2.E.12, D2.E.13, D2.E.15, D2.E.16, D2.E.18, D2.E.19, D2.E.20, D2.P.01, D2.P.02, D.P.03, D2.P.04, D2.P.08 D2.R.01, D2.R.09, D2.R.13, D2.R.14	D2.E.04, D2.E.08, D2.P.05, D2.P.06, D2.P.14, D2.P15, D2.P.16, D2.P.19 D2.R.02, D2.R.05, D2.R.06, D2.R.07
D3- SIR	D3.E.02, D3.E.03 D3.P.05	-	D3.E.08, D3.P.03	D3.E.07, D3.E11, D3.E.12, D3.R.02
D4-SREF	D4.P.01, D4.R.02, D4.R.03, D4.P.07		D4,E.01, D4.E.04, D4.E.05, D4.E.06, D4.E.07 D4.R.01	D4.E.09 D4.P.06
D5- CCMB	D5.E.03, D5.E.04, D5.E.10, D5.E.14	-	D5.E.06, D5.E.09, D5.E.12, D5.E.15, D5.E.18, D5.E.19, D5.E.21, D5.E.2, D5.P.01, D5.P.02, D5.P.04, D5.P.05, D5.P.10, D5.P12, D5.P.13, D5.P.14, D5.P16, D5.P.17 D5.R.01, D5.R.02, D5.R.03, D5.R.05, D5.R.06, D5.R.07, D5.R.08, D5.R.09, D5.R.10, D5.R.12, D5.R.13, D5.R.14, D5.R.15, D5.R.16, D5.R.17, D5.R.18, D5.R.19, D5.R.20, D5.R.21, D5.R.22, D5.R.23, D5.R26	D5.E.08 D5.P.08, D5.P.09, D5.P15
D6- GRH	D6.E.01, D6.E.04 D6.P.03, D6.R.01, D6.R.02, D6.R.05,		D6.E.02, D6.E.03, D6.P.02,D6.P.08	D6.E.07, D6.E.08 D6.P.05
D7-BSGP	D7.E.11, D7.E.32, D7.E.33, D7.E.43	D7.P.10	D7.E.02, D7.E.03, D7.E.04, D7.E.06, D7.E.14, D7.E.16, D7.E.17, D7.E.19, D7.E.22, D7.E.24, D7.P.03, D7.P.04,	D7.E.34, D7.E.35, D7.E.40, D7.E.41, D7.E.42, D7.E.44 D7.P.09,
D8- SEGP	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Na primeira rodada do Delphi, a taxa de resposta dos participantes foi de 100% e 92,8%, na primeira e segunda rodada, respectivamente. Dos 342 itens de avaliação submetidos no Delphi, 34% (n=118) foram automaticamente incluídos nos instrumentos, por apresentarem concordância de 100% quanto a sua recomendação; enquanto 8% (n=26) foram avaliados como não recomendados, 7% (n=24) foram excluídos por duplicidade e 2% por equivalência. Os itens duplicados são caracterizados como aqueles que possuem a mesma redação; enquanto os equivalentes, medem o mesmo fenômeno.

Entende-se que estes itens que apresentaram concordância de 100% para as respostas 4 “recomendado” e 5 “recomendado fortemente”, refletem aspectos relevantes que devem ser considerados durante a prestação do cuidado materno e neonatal. Já os itens em que o IC foi 100% para a opção de resposta 03 “recomendado, com críticas”, e aqueles em que não houve consenso entre os avaliadores, foram submetidos ao painel de especialistas, a fim de obter opiniões técnicas, sobre a relevância ou não do item.

### 5.3 PAINEL DE ESPECIALISTAS

Ao todo 172 itens foram submetidos ao painel de especialistas, correspondentes àqueles cujo IC foi igual a 100% para as opções de resposta 3 “recomendado com críticas”, e aqueles em que não houve consenso no Método Delphi. Os itens foram avaliados quanto à sua relevância (prioridade na prestação do cuidado materno e neonatal), mensurabilidade (baseado em dados disponíveis e fácil obtenção) e nível de recomendação (recomendado para uso nas maternidades brasileiras). Os especialistas também contribuíram com adequações na escrita, tornando os itens mais compreensíveis e, ao mesmo tempo, preservando o conteúdo que o mesmo se propunha a investigar.

O quadro 15 apresenta a distribuição dos itens de avaliação que foram submetidos ao painel de especialistas, conforme padrão de atendimento e dimensões:

**Quadro 15 - Itens submetidos ao Painel de especialista**

Padrão (P)	Itens de avaliação					
	Estrutura (E)	N	Processo (P)	N	Resultado (R)	N
D1	D1.E.01, D1.E.02, D1.E.03, D1.E.04, D1.E.05, D1.E.06, D1.E.07, D1.E.08, D1.E.09, D1.E.10, D1.E.11, D1.E.12, D1.E.13, D1.E.14, D1.E.15, D1.E.16, D1.E.17, D1.E.22, D1.E.25, D1.E.28, D1.E.29, D1.E.30, D1.E.31, D1.E.32, D1.E.33, D1.E.34, D1.E.35, D1.E.36, D1.E.37, D1.E.38, D1.E.40, D1.E.44	32	D1.P.02, D1.P.04, D1.P.06, D1.P.09, D1.P.10, D1.P.11, D1.P.12, D1.P.13, D1.P.16, D1.P.17, D1.P.18, D1.P.19, D1.P.21, D1.P.22, D1.P.23, D1.P.24, D1.P.25, D1.P.26, D1.P.27, D1.P.29, D1.P.30, D1.P.31, D1.P.33	23	D1.R.01, D1.R.02, D1.R.03, D1.R.06, D1.R.08, D1.R.09, D1.R.10, D1.R.11, D1.R.12, D1.R.13, D1.R.14, D1.R.15, D1.R.18	13
D2	D2.E.02, D2.E.03, D2.E.06, D2.E.09, D2.E.14, D2.E.17	06	D2.P.07, D2.P.09, D2.P.11, D2.P.12, D2.P.13, D2.P.17, D2.P.18	07	D2.R.03, D2.R.04, D2.R.08, D2.R.10, D2.R.11, D2.R.12	06
D3	D3.E.01, D3.E.04, D3.E.05, D3.E.06, D3.E.09, D3.E.10	06	D3.P.01, D3.P.02, D3.P.04	03	D3.R.01	01
D4	D4.E.02, D4.E.03, D4.E.08, D4.E.10	04	D4.P.02, D4.P.03, D4.P.04, D4.P.05, D4.P.08, D4.P.09, D4.P.10	07	D4.R.04	01
D5	D5.E.01, D5.E.02, D5.E.05, D5.E.07, D5.E.11, D5.E.13, D5.E.16, D5.E.17, D5.E.20, D5.E.22, D5.E.24	11	D5.P.03, D5.P.06, D5.P.11, D5.P.18, D5.P.19	05	D5.R.04, D5.R.11, D5.R.24, D5.R.25	04
D6	D6.E.05, D6.E.06	02	D6.P.01, D6.P.04, D6.P.06, D6.P.07,	04	D6.R.03, D6.R.04, D6.R.06	03
D7	D7.E.01, D7.E.05, D7.E.07, D7.E.08, D7.E.09, D7.E.10, D7.E.13	07	D7.P.02, D7.P.04	02	D7.R.01, D7.R.02, D7.R.03,	03
D8	D8.E.02, D8.E.05, D8.E.07, D8.E.08, D8.E.10, D8.E.12, D8.E.13, D8.E.14, D8.E.15, D8.E.16, D8.E.17, D8.E.18, D8.E.23, D8.E.24, D8.E.25	15	D8.P.02, D8.P.03, D8.P.04, D8.P.07	04	D8.R.01, D8.R.02, D8.R.03	03

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Foram realizados dois encontros com os painelistas, ambos ocorreram no mês de outubro de 2022, com duração aproximada de três horas e meia por sessão. No primeiro encontro, participaram 02 médicos obstetras, 02 médicos pediatras e neonatologistas, 05 enfermeiras obstetras, 01 psicóloga especialista em perinatologia, 01 arquiteta sanitária e 03 especialistas em gestão da qualidade e segurança do paciente. 04 avaliadores participaram presencialmente e 08 de forma remota.

A fim de otimizar a participação dos especialistas, o segundo encontro foi integralmente remoto, e contou com a participação de 08 painelistas. Todas as sessões foram mediadas pelo pesquisador responsável e tiveram como fio condutor os itens de avaliação. Tendo em vista o volume de itens, no início da sessão foi pactuado com o grupo de participantes que somente os itens com necessidade de ajustes e aqueles passíveis de exclusão seriam considerados para a discussão. Alguns itens tiveram a escrita ajustada, de modo a torná-los mais aplicáveis e compreensíveis pela população-alvo, tendo sempre o cuidado de preservar o conteúdo ou fenômeno que se deseja investigar (APÊNDICE B).

De um modo geral, os avaliadores realizaram os seguintes apontamentos sobre os itens: 1- Alguns são equivalentes, pois medem o mesmo aspecto ou fenômeno, sugerindo optar por um ou outro; 2 - outros são muito genéricos, sendo necessário rever a escrita, a fim de torná-los mais específicos; 3 - os itens que apresentam os vocábulos oportunos ou adequados precisam ser especificados com critérios ou parâmetros, a fim de evitar que cada aplicador faça um juízo de valor e crie um viés na medida; 4 - os itens que explicitam temporalidade e periodicidade devem ser revistos, considerando a realidade de cada contexto, como treinamentos a cada 6 meses; 5 - os itens de estrutura e processo precisam ser ajustados aos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde e normas sanitárias publicadas no Brasil; 6 - os itens que retratam sobre a atuação de parteiras devem ser excluídos, visto que nas maternidades brasileiras o atendimento à mulher durante o trabalho de parto é realizado exclusivamente por profissionais médicos e enfermeiros especialistas.

A partir dos resultados oriundos do Método Delphi e do painel de especialistas, 146 itens foram selecionados para compor o protótipo das versões dos instrumentos modulares para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal, o qual foi aplicado para gestores de maternidade, médicos obstetras, pediatras, enfermeiros e mulheres puérperas (APÊNDICE F, G, H).

## 5.4 ESTUDO SECCIONAL

Nesta seção apresentaremos os resultados das análises estatísticas propostas conforme apresentado no plano de análise. Como são três os instrumentos elaborados, apresentaremos os resultados em ordem, sendo primeiro a análise completa do questionário dos profissionais de saúde, depois das mulheres, e, finalmente, dos gestores.

### **5.4.1 Resultados do questionário apresentado aos profissionais de saúde de maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023**

Durante o período de coleta de dados, foram abordados 137 profissionais, que atuavam na assistência direta à mulher e ao recém-nascido, dos quais apenas 126 aceitaram responder ao questionário. Os médicos obstetras mostraram-se mais resistentes em responder as perguntas, seguido de médicos pediatras e enfermeiros.

Alguns profissionais, principalmente da categoria médica, manifestaram que determinados treinamentos que constavam no questionário não se aplicavam à sua área de formação e, portanto, não eram realizados. Alguns outros afirmaram a importância da realização de todos os treinamentos, independente da área de atuação, haja vista a necessidade de atualização contínua de todos os membros da equipe.

Observou-se também que não há uma rotina estabelecida de treinamento em serviço para os profissionais em praticamente todas as maternidades investigadas. A maioria dos respondentes manifestaram realizar cursos de aperfeiçoamento por conta própria, não sendo possível acessar nenhum registro ou comprovação no ato da entrevista. Do mesmo modo, verificou-se que as maternidades não possuem uma lista de controle dos profissionais que realizam treinamentos externos, o que dificulta o planejamento das ações voltadas para a educação continuada no âmbito da instituição.

Durante a aplicação do instrumento, foi constatado certa dificuldade dos profissionais responderem ao item relacionado à satisfação com o trabalho desempenhado na instituição, haja vista a sua abrangência. Segundo os participantes, a satisfação para algumas atividades é plena, enquanto para algumas outras nem tanto. Ademais, percebeu-se que os profissionais cujo vínculo empregatício está atrelado às Organizações Sociais e a um contrato de trabalho temporário, mostraram-se incomodados e constrangidos com a pergunta realizada, tendendo, inclusive, a responder positivamente. Talvez seja importante rever a forma de abordagem deste item para estudos futuros.



#### 5.4.1.1 Descritivos do questionário dos profissionais de saúde do Rio de Janeiro

A primeira subseção da análise dos profissionais de saúde do Rio de Janeiro realizou a descrição da amostra segundo os dados que foram coletados - maternidade onde trabalham os profissionais de saúde, gênero, categoria profissional, se possui especialização (e qual), meses de experiência, tempo na unidade e setor de trabalho. Posteriormente, realizamos as análises das medidas de tendência central para as variáveis de interesse (ver questionário dos profissionais de saúde - APÊNDICE C).

##### 5.4.1.1.1 Amostra

A amostra final está composta por 125 profissionais de saúde, sendo 120 (96%) do gênero feminino e 117 (97,5%) com especialização, sendo 72 (62%) da área de obstetrícia, 24 (21%) da área da neonatologia, 20 (17%) da pediatria, e 1 (1%) na área de saúde da mulher.

Como pode ser observado na tabela 3, em média, os profissionais entrevistados têm 139 meses de experiência (DP=112), sendo a maternidade municipal G a que possui profissionais com maior tempo de experiência (M= 227, SD=130) e a maternidade F a com menos tempo de experiência (M=97, DP=62). Por outro lado, a amostra relata ter, em média, 83 meses de trabalho (DP=93), variando entre 184 meses de experiência (DP=121) e 47 meses de experiência tanto na maternidade E (DP=39) quanto na B (DP=40).

**Tabela 3 - Média e desvio padrão (DP) dos meses de experiência e de trabalho por maternidade onde trabalham os profissionais de saúde entrevistados no Rio de Janeiro, 2023**

Mat Municipal	Meses de experiência (DP)		Meses de trabalho (DP)	
MAT A	169	(122)	122	(99)
MAT B	131	(135)	47	(40)
MAT C	130	(113)	79	(100)
MAT D	123	(114)	62	(87)
MAT E	106	(43)	47	(39)
MAT F	97	(62)	53	(56)
MAT G	227	(130)	184	(121)
Média	139	(112)	83	(93)

Fonte: Elaboração própria (2023).

Com relação aos setores de trabalho, 28 (22%) trabalham no Alojamento Conjunto, 68 (54%) trabalham no Centro Obstétrico, 4 (3%) trabalham na emergência obstétrica e 25 (20%) trabalham na UTI neonatal.

#### 5.4.1.1.2 Tendência central

A tabela 4 apresenta as medidas de tendência central e dispersão das variáveis desenvolvidas para medir os temas centrais do protótipo de instrumento para os profissionais. Como é possível observar, a maior parte das variáveis possuem médias com valores abaixo do ponto médio da escala, o que, além de significar baixa variância estatística, demonstra também que os profissionais relatam ter baixa frequência de treinamentos de vários procedimentos importantes para atenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

A variável sobre manejo de partos prolongados e obstruídos (número 6 na tabela), possui uma média de 1,8 (DP=1,2), concentrando-se nos valores mais baixos de distribuição, mostrando que este procedimento é realizado com baixa frequência pela maioria dos profissionais. Da mesma forma, a frequência na qual os profissionais recebem treinamentos sobre os direitos das mulheres e RNs, assim como procedimentos para lidar com as situações em que estes direitos são violados (número 15 na tabela) é baixa, possuindo uma média de 1,8 (DP=1,2). A variável que mede a frequência na qual a unidade de saúde avalia a satisfação dos seus colaboradores (número 21 na tabela) também apresentou níveis baixos de resposta, com uma média de 1,9 (DP=1). Por outro lado, as variáveis que medem a satisfação dos profissionais de saúde com a comunicação entre as equipes de saúde durante a passagem de plantão na unidade e a satisfação com a unidade de saúde (números 23 e 24 na tabela) apresentam uma média de 3,4, mostrando que os profissionais sentem uma boa satisfação nesses quesitos.

**Tabela 4 - Medidas de tendência central (quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido e desvio padrão) das variáveis do questionário dos profissionais Rio de Janeiro, 2023**

	Variáveis	N	Mínimo	1º Q	Mediana	Média	3º Q	Máximo
1	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre a identificação e manejo de emergências obstétricas durante o parto	125	1	1	2	2,2	3	5

2	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre os cuidados puerperais de rotina	125	1	1	2	2,4	3	5
3	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre aleitamento materno e amamentação	125	1	3	4	3,9	5	5
4	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre o uso de anti-hipertensivos, infusão intravenosa e sulfato de magnésio para tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.	125	1	1	2	2,3	3	5
5	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre o manejo da Hemorragia Pós parto	125	1	1	2	2,4	3	5
6	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre o manejo de partos prolongados e obstruídos	125	1	1	1	1,8	2	5
7	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização no manejo de partos prematuros	125	1	1	2	2	3	5
8	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre a identificação e manejo de infecções maternas peri-parto.	125	1	1	1	1,9	3	5
9	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre o uso das boas práticas durante o trabalho de parto, parto e puerpério	125	1	2	3	2,8	4	5
10	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre reanimação do RN	125	1	1	2	2,5	4	5
11	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre cuidados adequados com bebês prematuros e de baixo peso ao nascimento	125	1	1	2	2,4	4	5
12	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre a identificação e manejo de infecção em recém-nascidos	125	1	1	2	2,2	3	5
13	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre comunicação efetiva na passagem de plantão, nos encaminhamento e alta hospitalar	125	1	1	3	2,7	4	5
14	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos em serviço e sessões de atualização sobre protocolos e diretrizes de encaminhamento de mulheres e RNs	125	1	1	2	2,5	3	5

15	Com qual frequência os profissionais de saúde realizaram treinamentos sobre os direitos das mulheres e RNs e procedimentos para lidar com as situações em que estes direitos são violados	125	1	1	1	1,8	2	5
16	Com qual frequência os profissionais de saúde receberam orientações sobre os procedimentos para obter o consentimento informado e assim, garantir a participação da mulher nos processos decisórios relacionados à sua saúde	125	1	1	1	2	3	5
17	Com qual frequência os profissionais de saúde receberam orientações sobre os métodos de alívio não farmacológico e farmacológico da dor	125	1	1	3	2,5	4	5
18	Com qual frequência os profissionais de saúde receberam treinamento sobre as medidas de controle padrão de infecção e precauções para transmissão de infecções	125	1	2	4	3,3	4	5
19	Com qual frequência, a unidade de saúde avalia periodicamente a performance profissional de todo o pessoal	125	1	2	2	2,4	3	5
20	Com qual frequência os profissionais de saúde fornecem feedback à gestão sobre o desempenho e melhoria da qualidade do serviço na maternidade	125	1	1	2	2,2	3	5
21	Com qual frequência a unidade de saúde avalia a satisfação dos seus colaboradores	125	1	1	2	1,9	2	5
22	Com qual frequência você é orientado quanto às suas atribuições na unidade e setor para o qual foi designado	125	1	3	3	3,3	4	5
23	Qual o seu nível de satisfação com a comunicação entre as equipes de saúde durante a passagem de plantão na unidade.	125	1	3	3	3,4	4	5
24	Qual o seu nível de satisfação com o seu trabalho na unidade de saúde.	125	1	3	3	3,4	4	5

Fonte: Elaboração própria (2023).

#### 5.4.1.1.3 Análise Fatorial Exploratória

As categorias de resposta utilizadas seguem uma escala de resposta estilo Likert de cinco pontos, sendo uma escala de natureza categórica ordinal, e, como pode ser observado na análise de tendência central, os dados não possuem distribuição semelhante à normal. Testes de normalidade univariada Shapiro-Wilk realizados com todas as variáveis rejeitaram a hipótese nula de que os dados vêm de uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ), e o teste de normalidade multivariada Mardia Test também rejeitou a hipótese nula ( $p < 0,05$ ), significando que os dados não possuem uma distribuição normal multivariada.

Como os dados possuem uma escala de cinco pontos ordinal, porém não possui uma distribuição normal nem uni nem multivariada, não fica clara qual seria a melhor matriz para estimar os dados. Sendo assim, foram testadas ambas matrizes policóricas (para dados ordinais/distribuição não normal) e a matriz de Pearson (para dados contínuos) utilizando o pacote -Psych (REVELLE, 2015).

Estimamos a matriz de covariância policórica dos dados (ver tabela em material suplementar) com o método de estimação ULS. Um aviso de R avisou que a matriz não é positiva definida e que ela foi suavizada, transformando os dados que podem estar comprometendo a análise. Isto pode indicar multicolinearidade dos dados, então examinou-se a tabela de matriz policórica para a presença de multicolinearidade e se encontraram correlações acima de .7 (ver em material suplementar), o que indica alta relação entre as variáveis, o que pode significar que os dados não são apropriados para análises fatoriais. O teste de Bartlett apontou para um valor  $p < 0,05$  ( $\chi^2(276) = 5560$ ,  $p < .001$ ), indicando que é possível prosseguir com a análise, porém, o teste de KMO não rendeu um valor acima de 0,7 conforme o critério estipulado (KMO=0,173) indicando que não é recomendável prosseguir com as análises com esta matriz. Sendo assim, os resultados são contraditórios ao utilizar a matriz de correlação policórica.

Já a tabela de correlação de Pearson (ver em material suplementar), utilizando o método de estimação PAF rendeu melhores resultados, mostrando que o teste de Bartlett possui um p valor abaixo de 0,05 ( $\chi^2(276) = 2007$ ,  $p < .001$ ), e o KMO um valor acima de 0,7 (0,863). Logo, apesar de não possuir uma distribuição normal, os dados foram considerados próprios para a análise fatorial.

O pacote -nFactors (Raiche, 2010) tem uma função que compara diferentes critérios de retenção de fatores, mostrando uma ampla gama de soluções entre 2 e 10 fatores (tabela X), porém cuja maioria indica a retenção de 3 fatores. Seguindo as recomendações citadas por Damásio (2012), tanto o critério de PA como o método Hull a orientam a retenção de 3 fatores.

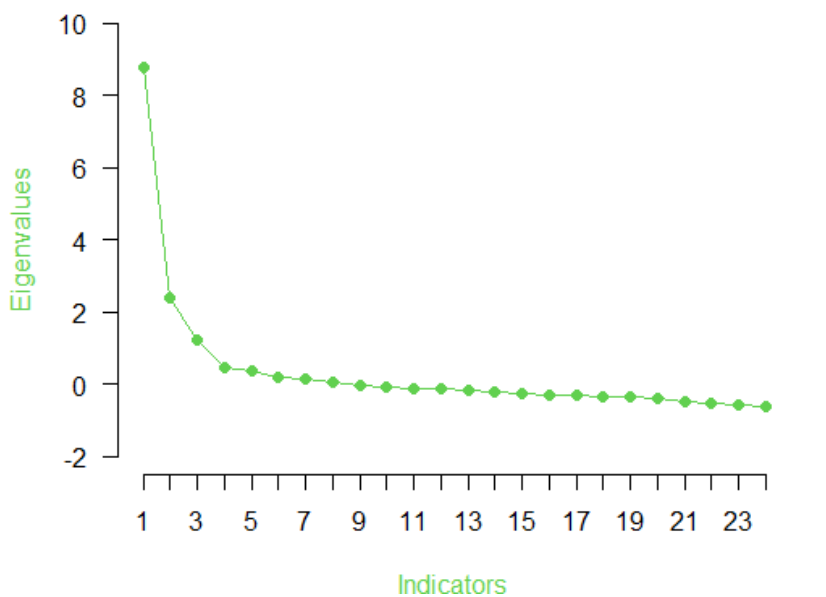
**Tabela 5 - Quantidade de fatores recomendados por diferentes critérios**

Critérios de retenção de fatores comparados:	Quantidade de fatores
Comparison data	4
Empirical Kaiser criterion	3
Hull method with CAF	3

Hull method with CFI	2
Hull method with RMSEA	2
Kaiser-Guttman criterion with PCA	5
Kaiser-Guttman criterion with SMC	3
Kaiser-Guttman criterion with EFA	3
Parallel analysis with PCA	3
Parallel analysis with SMC	3
Parallel analysis with EFA	3
Sequential $\chi^2$ model tests	11
Lower bound of RMSEA 90% confidence interval	8
Akaike Information Criterion	10

Fonte: Elaboração própria (2023).

**Figura 2 - Scree plot**  
**Scree plot with EFA-determined eigenvalues**



Fonte: Elaboração própria (2023).

Por último, realizou-se o scree plot, que, através de inspeção visual, sugere a retenção de três fatores, pois é a última quantidade de fatores até antes da estabilização da curva (figura 2).

Os pacotes estatísticos de R “nFactors” (Raiche, 2010) e “EFAtools” (Steiner; Grieder, 2020) entregam maior liberdade para definir os métodos de extração, rotação e tipos de correlação a ser utilizados nas análises, e foram utilizados na realização da AFE. A partir

disso, realizou-se uma análise fatorial exploratória com uma matriz de covariância, o método de extração ULS e o método de rotação oblímin, do tipo ortogonal.

**Tabela 6 - Itens e cargas fatoriais da solução de 3 fatores, na análise fatorial exploratória, matriz de covariância, método de extração ULS e método de rotação oblímin, amostra de profissionais, Rio de Janeiro, 2023**

Item	Descrição	Fator 1	Fator 2	Fator 3
D1.E.03	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre identificação e manejo de emergências obstétricas durante o parto?	0.85	-0.06	-0.08
D1.E.09	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre cuidados de rotina no pós parto?	0.64	-0.08	0.26
D1.E.09.1	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre aleitamento materno?	0.08	0.45	0.10
D1.E.17	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia?	0.91	-0.07	-0.03
D1.E.21	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre a prevenção e manejo na hemorragia pós parto?	0.89	-0.07	-0.09
D1.E.26	Com qual frequência você participou das sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o manejo de partos prolongados ou obstruídos?	0.72	0.15	0.12
D1.E.29	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o manejo de partos prematuros?	0.79	0.13	-0.06
D1.E.33	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre identificação e manejo de infecções maternas periparto?	0.71	-0.02	0.08
D1.E.37	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos sobre o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento?	0.70	0.01	0.10
D2.E.08	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre técnicas de ressuscitação de recém-nascidos?	-0.05	0.85	-0.12
D2.E.13	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido prematuro e de baixo peso?	-0.03	0.91	0.04
D2.E.16	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre a identificação e manejo de infecções em recém-nascidos?	0.00	0.77	0.18
D3.E.09	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre comunicação efetiva na passagem de plantão, encaminhamento e alta hospitalar?	0.16	0.26	0.52
D4.E.03	Com qual frequência você participou de sessões de	0.20	0.42	0.39

	atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre os protocolos de encaminhamento para mulheres e recém-nascidos?			
D5.E.13	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre direitos das mulheres e recém-nascidos e procedimentos para lidar com os casos de violação?	0.17	0.23	0.55
D5.E.16	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre procedimentos para obter o consentimento informado e, assim, garantir a participação da mulher nos processos decisórios relacionados a sua saúde?	0.51	0.06	0.44
D5.E.22	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto?	0.59	0.13	0.03
D7.E.07	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos na maternidade sobre medidas de precaução padrão e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)?	0.24	0.52	-0.14
D6.E.06	Com qual frequência a unidade de saúde avalia o desempenho dos profissionais?	0.07	0.16	0.48
D8.E.15	Com qual frequência os profissionais participaram de sessões de feedback com os gestores para discutir sobre melhoria da qualidade e desempenho do serviço?	0.14	-0.02	0.54
D8.E.09	Com qual frequência a unidade de saúde avalia a satisfação dos seus colaboradores?	0.08	0.18	0.57
D6.P.02		-0.18	-0.07	0.68
D3.R.02	Qual o seu nível de satisfação com a comunicação entre as equipes de saúde durante a passagem de plantão?	-0.20	-0.25	0.67
D6.R.03	Você está satisfeito com o trabalho que desenvolvem na unidade de saúde?	-0.22	-0.22	0.69

Fonte: Elaboração própria (2023).

A solução de três fatores agrupou de maneira satisfatória os itens D1.E.03, D1.E.17, D1.E.21, D1.E.26, D1.E.29, D1.E.33, D1.E.37, no primeiro fator, com cargas acima de .7. Os itens D1.E.09, D5.E.16 e D5.E.22 também carregam nesse fator, porém com cargas fatoriais consideradas baixas, de .64, .51 e .59 respectivamente. Já o fator 2 agrupou os itens D2.E.08, D2.E.13 e D2.E.16 com cargas fatoriais aceitáveis (acima de .7), com os itens D1.E.09.1, D4.E.03 e D7.E.07 com cargas consideradas baixas (respectivamente: .45, .42 e .52). Por fim, o terceiro fator foi composto por cargas fatoriais mais baixas, variando entre .5 e .6: D3.E.09 ( $\lambda=.52$ ), D5.E.13 ( $\lambda=.55$ ), D6.E.06 ( $\lambda=.48$ ), D8.E.15 ( $\lambda=.54$ ), D8.E.09 ( $\lambda=.57$ ), D6.P.02 ( $\lambda=.68$ ), D3.R.02 ( $\lambda=.67$ ) e D6.R.03 ( $\lambda=.69$ ). É possível observar que os itens D5.E.13 e D6.R.03, tiveram cargas fatoriais limítrofes, carregando no fator três com cargas de maior valor mas também com cargas cruzadas nos demais fatores.



Observando a distribuição dos itens nos fatores e, contrastando com a literatura científica disponível, chegou-se à conclusão que o fator 1 agrupa os itens relacionados ao atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto; o fator 2 dispõe dos itens referentes ao atendimento ao recém-nascido; e o fator 3 corresponde aos aspectos gerais relacionados aos profissionais de saúde. A tabela 7 indica a correlação entre os fatores.

**Tabela 7 - Correlação entre os fatores**

-	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	1.00	0.31	0.43
Fator 2	0.31	1.00	0.47
Fator 3	0.43	0.47	1.00

Fonte: Elaboração própria (2023).

Diante das cargas fatoriais, é necessário tomar a decisão final da composição dos fatores. Como todos os itens que permaneceram no questionário passaram por diferentes passos de elaboração teórica (revisão bibliográfica) e qualitativa (painel de especialistas), é importante levar em consideração que a remoção de um item pode significar deixar de medir algo importante para a compreensão do fenômeno estudado, sendo, sobretudo, de interesse para a saúde pública. Portanto, realizou-se o alfa de Cronbach para testar a consistência interna de cada fator conforme apontado na análise fatorial exploratória. A composição fatorial final foi definida ao analisar se algum dos fatores apresentava um alfa menor que .7, havendo um dos fatores com alfa menor que .7, seria averiguado se o valor melhoraria ao remover os itens de menor carga fatorial.

**Tabela 8 - Valores de alfa de Cronbach e quantidade de itens**

	Alfa de Cronbach	Itens
<b>Fator 1</b>	0.93	10
<b>Fator 2</b>	0.86	6
<b>Fator 3</b>	0.82	8

Fonte: Elaboração própria (2023).

Como pode ser observado na tabela 8, todos os valores de alfa de Cronbach são  $>.7$ , considerados índices bons e que indicam uma boa consistência interna do fator. Como resultado da AFE, nenhum item foi descartado para a construção do instrumento dos

profissionais, recomendando-se uma solução de três fatores.

#### 5.4.1.1.4 Análise Fatorial Confirmatória

A partir da estrutura encontrada pela AFE, foi realizada a estimação do modelo com três fatores, mantendo-se todas as variáveis. Conforme observado nas seções anteriores, utilizou-se o método ULS para a estimação do modelo fatorial.

**Tabela 9 - Critérios utilizados e os índices de ajuste do modelo observado na amostra de profissionais de maternidades do Rio de Janeiro, 2023**

	Índices	Critérios	Modelo
<b>CFI</b>	$\geq 0,960$		0,973
<b>TLI</b>	$\geq 0,960$		0,970
<b>SRMR</b>	$\leq 0,090$		0,090

Fonte: Elaboração própria (2023).

**Tabela 10 - Cargas fatoriais estandarizadas da análise fatorial confirmatória com a amostra de profissionais de maternidades do Rio de Janeiro, 2023**

Ordem dos itens	Fator 1		Fator 2		Fator 3	
	Item	carga fatorial	Item	carga fatorial	Item	carga fatorial
Item 1	D1.E.03	0,701	D1.E.09.1	0,565	D3.E.09	0,809
Item 2	D1.E.09	0,751	D2.E.08	0,581	D5.E.13	0,823
Item 3	D1.E.17	0,806	D2.E.13	0,795	D6.E.06	0,595
Item 4	D1.E.21	0,731	D2.E.16	0,841	D8.E.15	0,572
Item 5	D1.E.26	0,885	D4.E.03	0,905	D8.E.09	0,706
Item 6	D1.E.29	0,785	D7.E.07	0,548	D6.P.02	0,356
Item 7	D1.E.33	0,723	-	-	D3.R.02	0,190
Item 8	D1.E.37	0,759	-	-	D6.R.03	0,209
Item 9	D5.E.16	0,843	-	-	-	-
Item 10	D5.E.22	0,660	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria (2023).

Os índices de ajuste mostrados na tabela 9 apresentam resultados que apontam para um bom modelo, dado que todos os valores atendem ao critério estipulado para medir o ajuste de modelo para amostras menores que 250 participantes. A tabela 10 mostra os valores estandardizados das cargas fatoriais atribuídas à análise confirmatória. As cargas fatoriais mostram valores apropriados para os fatores 1 e 2, com cargas acima de 0,7, porém, é possível observar cargas abaixo de 0,3 no fator 3, especificamente nos itens D3.R.02 (item 7  $\lambda=0,190$ ) e D6.R.03 (item 8  $\lambda=0,209$ ). Isso significa que estes itens contribuem pouco para explicar o fator 3.

#### **5.4.2 Análise do questionário apresentado às mulheres atendidas nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023**

Para aplicação do questionário, ao todo, foram convidadas 129 puérperas, durante as visitas à maternidade, mas somente 125 aceitaram participar do estudo. Não houve quaisquer desistência após o início das entrevistas, ou foi observado dificuldades de compreensão em relação às perguntas realizadas. O questionário foi aplicado nas enfermarias, apesar de ter sido ofertado, pelo pesquisador, um espaço privativo para a realização das entrevistas.

##### 5.4.2.1 Descritivo do instrumento de mulheres

###### 5.4.2.1.1 Amostra

A amostra foi balanceada por hospital, sendo 18 participantes pertencentes a cada um dos sete hospitais. São 126 mulheres respondentes, destas, 32 (25,4%) são brancas, 54 (42,9%) são pretas, 39 (30,9%) pardas, nenhuma indígena e uma amarela (0,8%), e tendo uma média de 27 anos de idade (DP=6,5). Deste total, 51 (40%) mulheres realizaram somente um parto, 45 (36%) realizaram dois partos, 18 (14%) realizaram 3 partos, 7 (6%) realizaram 4 partos, 3 (2%) realizaram 5 partos, 1 (1%) realizou 6 partos e 1 (1%) realizou 8 partos, havendo uma média de 2 partos realizados na amostra (DP=1,2).

A média de idade das mulheres não variou muito por hospital, sendo as mais jovens na maternidade *F*, tendo em média de 25,2 (DP=5,3), e as mais velhas na maternidade *C*, tendo em média 28,3 (DP=6,6).

Analisando o tipo de parto, encontramos que 83 (66%) realizaram o parto normal e 43 (34%) o parto por cesárea, sendo as mulheres que realizaram partos por cesárea mais velhas

(M=30) do que as mulheres que realizaram parto normal (M=26), sendo uma diferença estatisticamente significativa segundo indicado pelo teste t de amostras independentes ( $t(86)=3$ ,  $p=0,001$ ).

**Tabela 11 - Frequência e porcentagem de tipos de parto por raça/cor em mulheres no Rio de Janeiro, 2023**

Tipo de parto	Branca		Preta		Parda		Indígena		Amarela		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	21	66%	38	70%	23	59%	0	0%	1	100%	83	66%
Cesárea	11	34%	16	30%	16	41%	0	0%	0	0%	43	34%
Total	32	100%	54	100%	39	100%	0	0%	1	100%	126	100%

Fonte: Elaboração própria (2023).

Com relação ao tipo de parto por raça/cor, é possível observar na tabela 11 que em todas categorias de raça/cor houve uma maior quantidade de partos normais quando comparadas à cesárea, porém que mulheres pardas realizam menos partos normais que mulheres de outras raça/cor, e mulheres pretas as que mais realizam proporcionalmente.

**Tabela 12 - Frequência e porcentagem de tipos de parto por maternidade em mulheres no Riode Janeiro, 2023**

	Normal		Cesárea		Total
	N	%	N	%	
A	12	67%	6	33%	18
B	11	61%	7	39%	18
C	11	61%	7	39%	18
D	10	56%	8	44%	18
E	14	78%	4	22%	18
F	12	67%	6	33%	18
G	13	72%	5	28%	18
Total	83	-	43	-	126

Fonte: Elaboração própria (2023).

Também observamos na tabela 12 que a quantidade de partos normais com relação à cesarianas é maior em todas as maternidades, havendo uma maior quantidade de partos normais com relação à cesariana na maternidade *E* e uma menor na *D*.

#### 5.4.2.1.2 Tendência central

O questionário foi elaborado e aplicado utilizando dois tipos de escala de resposta, dando preferência para a melhor forma de realizar a pergunta/resposta para cada item (APÊNDICE D): itens binários (com categorias de resposta sim e não) e itens categóricos ordinais (com categorias que variam em uma escala de 1 a 5, sendo parte deles medindo satisfação e outra frequência). Além disso, existem duas perguntas condicionais entre as variáveis binárias, sendo respondidas somente por mulheres que realizaram um tipo de parto. Sendo assim, e para facilitar a leitura e interpretação dos resultados, foram elaboradas duas tabelas de descrição dos dados, uma para os dados ordinais tratados como contínuos (que mostra a quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido, desvio padrão, e qual é a escala de resposta), e uma para os dados dicotômicos (mostrando a quantidade de respondentes, a porcentagem de sim e não, a quantidade de dados faltantes e a escala de resposta).

**Tabela 13 - Quantidade de respondentes, valor mínimo respondido, primeiro quartil, mediana, média, terceiro quartil, valor máximo respondido, desvio padrão e categorias de resposta das variáveis do questionário das mulheres no Rio de Janeiro, 2023**

Itens	Descrição	N	Mín	1° Q	Mediana	Média	3° Q	Máx	DP	Tipo de escala
D1.P.12	Com qual frequência você recebeu aconselhamento e apoio para amamentar?	126	1	4	5	4,2	5	5	1,08	Nunca, Raramente, Às vezes, Quase sempre, Sempre
D5.P.05	Durante a sua internação na maternidade, você ou seu bebê sofreram algum tipo de abuso físico, verbal ou sexual?	126	1	2	2	2	2	2	0,2	
D5.P.11	Você foi informada sobre o direito de participar das decisões referentes ao seu cuidado e do bebê?	126	1	1	1	1,1	1	2	0,3	
D5.R.01	Você foi informada pelos profissionais sobre os procedimentos e decisões tomadas em relação ao seu cuidado e do bebê?	126	1	5	5	4,6	5	5	0,9	
D5.R.02	Você teve suas necessidades e preferências acolhidas	126	1	5	5	4,6	5	5	0,8	

	durante o trabalho de parto, parto e puerpério?									
D5.R.06	Você teve sua privacidade respeitada em todos os momentos durante o trabalho de parto, parto e pós parto?	126	3	5	5	4,9	5	5	0,4	
D5.R.10	Você se sentiu desrespeitada durante o trabalho de parto, parto e pós parto?	126	1	5	5	4,8	5	5	0,5	
D5.R.14	Você participou das decisões referentes ao cuidado de saúde ofertado pelos profissionais durante o trabalho de parto, parto e pós parto?	126	1	4	5	4,6	5	5	0,8	
D5.R.20	Durante a sua internação os profissionais te orientaram sobre os sinais de alerta que você precisava no pós parto? (sinais de perigo)	126	1	1	4	3,3	5	5	1,8	
D5.R.20.1	Durante a sua internação os profissionais te orientaram sobre os sinais de alerta que você precisava no bebê? (sinais de perigo)	126	1	1	4,5	3,5	5	5	1,8	
D5.R.04	Qual o seu nível de satisfação com as orientações e informações que recebeu dos profissionais de saúde?	126	1	4	4	4,1	5	5	0,9	Muito insatisfeito, Insatisfeito, Parcialmente satisfeita, Satisfeita Muito satisfeito
D5.R.18	Você ficou satisfeita com a sua experiência de parto nesta unidade de saúde?	126	1	3	4	3,7	4	5	1	
D5.R.22	Você ficou satisfeita com o cuidado e apoio que recebeu dos profissionais?	126	1	4	4	4,1	5	5	0,9	
D5.R.26	Você ficou satisfeita com o ambiente físico, incluindo o conforto, limpeza, iluminação e privacidade nas áreas de trabalho de parto, parto e pós parto?	126	1	3	4	3,7	4	5	1	

Fonte: Elaboração própria (2023).

A tabela 13 descreve a distribuição dos valores na amostra e fornece informações sobre a variabilidade dos dados. Conforme pode ser observado na maior parte dos itens, a média e mediana possuem valores muito próximos ou igual ao ponto máximo e mínimo da escala, o que pode indicar uma distribuição ruim dos dados na amostra, não apresentando variância o suficiente para as análises (ex. D5.R.06). De maneira substancial, as mulheres deram declarações uniformes e extremas sobre suas experiências nas diferentes maternidades, exceto com relação à orientação recebida por profissionais sobre o que precisam observar (sinais de perigo) após o parto (D5.R.20), e no bebê (D5.R.20.1) onde, em média, as mulheres relataram que às vezes receberam esta orientação (pós parto: M=3,3, DP=1,8; bebê: M=3,5, DP=1,8); e com relação à satisfação das mulheres com a experiência de parto (D5.R.18) e o ambiente físico (D5.R.26) na maternidade onde realizaram o parto (experiência: M=3,7, DP=1,8; ambiente físico: M=3,7, DP=1).

**Tabela 14 - Quantidade de respondentes, porcentagem de resposta sim e não, quantidade de dados faltantes (NA) e o tipo de escala de resposta do questionário das mulheres no Rio de Janeiro, 2023**

Itens	Descrição	N	Sim	N o	NA's	Tipo de escala
D1.P.05	Você recebeu alguma anestesia ou medicamento para aliviar sua dor durante o trabalho de parto?	126	47%	53%	0	
D5.P.09	Você foi informada sobre os canais de comunicação existentes na maternidade caso queira fazer alguma sugestão ou reclamação sobre o atendimento?	126	7%	93%	0	
D5.P.12	Você teve a oportunidade de escolher o seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto?	126	100%	0%	0	Sim, Não
D5.P.13	O seu acompanhante foi orientado sobre qual seria o papel dele durante o trabalho de parto?	126	55%	45%	0	
D5.P.14	Você foi quem escolheu a melhor posição para o parto?	84	85%	15%	42	
D5.P.16	Durante o trabalho de parto, os profissionais de saúde te ofereceram algo para beber ou comer?	126	43%	57%	0	
D2.R.02	Você foi orientada por algum profissional sobre o intervalo entre um parto e outro e métodos contraceptivos?	126	17%	83%	0	
D4.R.01	Quando você chegou na unidade de saúde, você foi acolhida por um profissional de saúde?	126	70%	30%	0	
D5.R.12	Você foi comunicada sobre o motivo pelo qual realizaram a cesariana?	41	88%	12%	85	
D5.R.17	Você recomendaria esta maternidade para outra mulher?	126	87%	13%	0	

Fonte: Elaboração própria (2023).

A tabela 14 descreve a porcentagem de indivíduos que responderam sim ou não para cada pergunta. Nas variáveis dicotômicas também é possível observar que há uma certa homogeneidade na experiência das mulheres entre as diferentes maternidades. Por exemplo, quase nenhuma mulher (93%) recebeu informações sobre os canais de informação da maternidade caso queira fazer sugestões sobre o atendimento (D5.P.09), e absolutamente todas as mulheres (100%) puderam escolher seu acompanhante na hora do parto (D5.P.12). As perguntas que causaram maior heterogeneidade de experiência foram com relação à aplicação de anestesia durante o parto (D1.P.05), pois 53% alegam não haver recebido, à orientação dada ao acompanhante sobre seu papel durante o parto (D5.P.13), onde 53% alegam não haver recebido, e ao oferecimento de bebida e comida durante o parto (D5.P.16), que 57% das mulheres alega não ter sido oferecido.

#### *5.4.2.1.3 Análise Fatorial*

Como neste questionário existem escalas que não seguem a mesma métrica, sendo parte dos itens binários (que não possuem distribuição normal por definição), não foram realizados testes de normalidade multivariada. Além disso, dois dos itens são impossíveis de se correlacionar, dado que um é aplicado somente para mulheres que realizaram parto normal (D5.P.14 “Você teve a oportunidade de escolher a posição de parto?”) e outro para mulheres que somente realizaram parto cesárea (D5.R.12 “Você foi comunicada sobre o motivo pelo qual realizaram a cesariana?”). Também observa-se que a variável D5.P.12 (“Você teve a oportunidade de escolher quem seria seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto?”) possui 100% de homogeneidade, devendo ser excluída das análises. Ademais, as variáveis D5.P.05 (“Você ou seu bebê sofreram algum tipo de abuso físico, verbal ou sexual durante o trabalho de parto?”), D5.P.11 (“Você é informada sobre o seu direito de participar das decisões referentes ao seu cuidado e do bebê?”), D5.R.06 (“Você teve a sua privacidade respeitada em todos os momentos, durante todo o trabalho de parto, parto e pós parto?”), e D5.R.10 (“Você se sentiu respeitada durante o trabalho de parto, parto e pós parto?”) possuem desvios padrão muito baixos, o que recomendaria sua eliminação dos testes. Dado a conjuntura dos fatores, não é recomendada a utilização de uma análise fatorial dos dados.



### 5.4.3 Resultados do questionário apresentado aos gestores de maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023

Os resultados das análises do instrumento aplicado aos gestores serão exibidos na subseção a seguir, mostrando a descrição da amostra e a resposta às perguntas em diferentes tabelas, de acordo com a categoria de resposta de cada uma. Primeiramente, apresentaremos as respostas aos itens de categoria ordinal, separado por maternidade e a média geral. Logo, apresentaremos a tabela que exhibe as respostas de cada gestor para os itens de categoria de resposta nominal. Estas perguntas se referem à disponibilidade e status de protocolos e políticas que orientam o trabalho dos profissionais nos cuidados com os pacientes. Em seguida apresentaremos a tabela para os itens dicotômicos, com categorias de resposta de sim e não, ou seja, ausência e presença de importantes elementos na infraestrutura, estrutura organizacional e espaço físico das maternidades (Ver instrumento para gestores (APÊNDICE E)).

#### 5.4.3.1 Descritivos do protótipo de instrumento para gestores

A amostra final contou com a aplicação do instrumento em 7 gestores, um de cada maternidade. Do total, cinco são do gênero feminino (71%), dois são diretores, dois são coordenadores/gerentes médicos, dois são coordenadores/gerentes de enfermagem e um de outra categoria. Todos os gestores possuem uma especialização, sendo cinco na área de obstetrícia, um neonatologia, e outros dois de categoria não registrada.

A tabela 15 mostra o tempo de experiência de cada gestor de cada maternidade, sendo a média, de 190 meses de experiência (DP=130) e 169 meses de experiência no trabalho (DP=111). Observa-se que o gestor da maternidade A possui menos tempo de experiência e de trabalho na maternidade, e o gestor da maternidade G a pessoa com maior experiência e maior tempo de experiência na maternidade.

**Tabela 15 - Quantidade de meses de experiência e meses de experiência no trabalho dos gestores de sete maternidades municipais do Rio de Janeiro, 2023**

	Meses de experiência	Meses de trabalho
Maternidade A	12	12
Maternidade B	60	48
Maternidade C	120	120





D1.E.19	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário Uterotônicos	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D1.E.31	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário antibióticos de primeira e segunda linha, orais e injetáveis, para o tratamento de infecções e sepse em mulheres e RN	4	5	5	5	5	5	5	4,9	0,38
D1.E.28	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário corticosteróides para o manejo do parto prematuro	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D4.E.02	A unidade de saúde possui medicamentos e suprimentos necessários para estabilização e tratamento das mulheres e dos RNs antes da transferência inter-hospitalar	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D4.E.04	A unidade de saúde possui acesso rápido a uma ambulância devidamente equipada, em situações de urgência e emergência	4	5	4	3	3	4	5	4	0,82
D1.E.11	Na alta hospitalar, a unidade de saúde informa a mulher qual unidade e equipe procurar para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D3.E.10	A unidade de saúde tem um sistema de comunicação funcional que permite a troca de informações entre outros serviços de saúde da Rede	3	4	4	1	5	3	5	3,6	1,4
D4.E.05	A unidade de saúde possui uma lista impressa ou digital com as unidades de referência para encaminhamento de mulheres e recém-nascidos após a alta hospitalar	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D4.E.06	A unidade de saúde garante o encaminhamento de mulheres e recém-nascidos para outra unidade, sempre que necessário	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D3.E.05	As lideranças e profissionais da unidade de saúde se reúnem periodicamente para discutir sobre os dados de processo e resultado	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D5.E.21	A unidade de saúde realiza sessões de orientação e disponibiliza informações (escritas ou pictóricas) para orientar o acompanhante sobre seu papel no apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto	3	3	3	3	3	3	3	3	0
D8.E.02	A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes maternas	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D8.E.02.1	A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes perinatais	5	5	5	5	5	5	5	5	0
D8.E.02.2	A unidade de saúde realiza a investigação de todos os casos de <i>near miss</i> materno	1	2	3	2	2	2	2	2	0,58
D8.P.05	Com qual frequência a liderança comunica o desempenho institucional para todos os colaboradores?	3	5	4	2	3	3	2	3,1	1,1

D8.P.06	Com qual frequência são realizadas reuniões interdisciplinares na unidade de saúde para discutir qualidade do atendimento materno e infantil?	3	4	4	2	3	3	4	3,3	0,76
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	------

Fonte: Elaboração própria (2023).

A tabela 16 mostra que a maior parte das variáveis teve homogeneidade entre os respondentes, com todos os gestores respondendo exatamente igual. Estas variáveis podem indicar pouco poder de discriminação de eventos, e ter pouca contribuição na investigação da mortalidade materna. Como a maioria respondeu que “sempre” ou “quase sempre” possui os equipamentos, itens e procedimentos hospitalares perguntados, foi comentado somente os que mostraram maior heterogeneidade nas respostas. No item que pergunta se a unidade de saúde possui acesso rápido a uma ambulância devidamente equipada, em situações de urgência e emergência (D4.E.04), houve uma média geral alta ( $M=4$ ,  $DP=0,82$ ), com dois gestores respondendo que às vezes, três que quase sempre, e dois que sempre, sendo as maternidades D e E as que relataram os menores valores. Na pergunta sobre a frequência na qual a unidade de saúde tem um sistema de comunicação funcional que permite a troca de informações entre outros serviços de saúde da rede (D3. E. 10), um gestor respondeu que nunca, dois que às vezes, dois que quase sempre e dois que sempre, resultando em uma média de 3,6 ( $DP=1,4$ ), e sendo a maternidade D a com menor valor. O item sobre a frequência na qual a unidade de saúde realiza a investigação de todos os casos de *near miss* materno (D8.E.02.2), teve respostas de baixa frequência, com uma média total de 2 ( $DP=0,58$ ), havendo um gestor que respondeu nunca, cinco gestores que responderam que raramente, e um que relatou que às vezes realiza esta investigação, sendo a maternidade A com menor frequência. No item sobre a frequência na qual a liderança comunica o desempenho institucional para todos os colaboradores (D8.P.05) também houve maior divergência nas respostas, com um gestor relatando que sempre, um outro relatando quase sempre, três que às vezes, e dois que raramente, resultando em uma média de 3,1 ( $DP=1,1$ ), e sendo as maternidades D e G as que relataram menor frequência. Finalmente, com relação à frequência na qual são realizadas reuniões interdisciplinares na unidade de saúde para discutir a qualidade do atendimento materno e infantil (D8.P.06), houve uma média de 3,3 ( $DP=0,76$ ), com um gestor relatando raramente, três que às vezes, e três que quase sempre, sendo a maternidade D a que relata menor frequência. Outro caso que se diferencia dos demais padrões de resposta é o item que mede a frequência na realização de sessões de orientação e a disponibilização de informações (escritas ou pictóricas) para orientar o acompanhante sobre seu papel no apoio à

mulher durante o trabalho de parto e parto, que teve uma resposta homogênea de -às vezes entre todos os gestores.

A seguir, será apresentado os resultados das variáveis cujas categorias de respostas são nominais e que são relacionadas à existência de protocolos e políticas de orientação variando entre (1) não possui, (2) possui protocolo escrito disponível, mas não atualizado, (3) possui protocolo escrito, atualizado, mas não disponível, (4) possui protocolo escrito, atualizado e disponível, e (5) não sei informar. Estas categorias são consideradas nominais, e mostraremos a resposta de cada gestor para cada uma delas na tabela 17.

**Tabela 17 - Respostas dos gestores de maternidades do Rio de Janeiro, 2023**

Item	Pergunta	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	Mat E	Mat F	Mat G
D1.E.02	A unidade de saúde possui PROTOCOLOS escritos, disponíveis e atualizados, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, que orienta sobre cuidados durante o trabalho de parto	4	4	4	4	4	4	4
D1.E.05	..., que orienta sobre cuidados essenciais com o RN a termo	4	4	4	4	4	4	4
D1.E.16	..., que orienta sobre o manejo da pré-eclâmpsia	4	4	4	4	4	4	4
D1.E.18	..., que orienta sobre o manejo da hemorragia pós-parto	4	4	4	4	4	4	4
D1.E.22	..., que orienta sobre o manejo do parto prolongado	1	4	1	1	1	1	2
D1.E.27	..., que orienta sobre o manejo de partos prematuros	4	4	4	2	1	4	4
D1.E.32	..., que orienta sobre o manejo de infecções em mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós parto	4	4	4	2	4	4	4
D2.E.04	..., que orienta sobre a assistência puerperal	1	1	4	4	4	4	4
D2.E.06	..., que orienta sobre o manejo de recém-nascidos com asfixia perinatal	4	4	4	4	4	4	4
D2.E.10	..., que orienta sobre cuidados essenciais com o RN prematuro	4	4	4	4	4	4	4
D2.E.15	..., que orienta sobre o manejo do recém-nascido com sepse	4	4	4	4	4	4	4
D3.E.08	..., que orienta sobre comunicação efetiva	1	1	1	1	1	1	1
D5.E.12	..., que orienta sobre procedimentos para o registro de manifestações dos cidadãos sobre o atendimento recebido	1	1	1	1	1	1	1

D5.E.17	orienta sobre procedimentos para lidar com todos os casos de violação do direito das mulheres.	1	1	1	1	1	1	1
D7.E.06	..., que orienta sobre medidas de precaução para prevenção da infecção hospitalar	4	4	4	4	4	4	4
D7.E.10.1	..., que orienta sobre limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos hospitalares	4	4	4	4	4	4	4
D7.E.10.2	..., que orienta sobre higienização das mãos	4	4	4	4	4	4	4
D7.E.10.3	..., que orienta sobre vigilância e controle da qualidade da água em serviços de saúde	1	1	1	1	1	1	1
D8.E.04	..., que orienta sobre acolhimento com avaliação e classificação de risco	4	4	4	4	4	4	4
D1.E.08	A unidade de saúde possui POLÍTICA escrita, disponível e atualizada que orienta sobre aleitamento materno	4	4	4	4	4	4	1
D3.E.11	A unidade de saúde possui POLÍTICA escrita, disponível e atualizada que orienta sobre obtenção do consentimento informado de mulheres antes de exames e procedimentos	4	4	4	1	4	5	4
D5.E.08	... sobre atendimento à mulher em situação de violência	1	1	1	1	1	1	1
D6.E.02	... sobre política de gestão de recursos humanos	1	4	1	1	1	5	1
D3.E.07	A unidade de saúde possui OUTROS DOCUMENTOS por escrito, disponíveis e atualizados: Instrumento para registro da evolução clínica e monitoramento de eventos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, além do partograma	4	4	4	4	4	4	4
D5.E.23	...Cartilha de orientações, para a mulher e seu acompanhante, sobre o uso das boas práticas para apoiar o parto normal e melhorar a sua experiência de parto.	1	1	1	1	1	1	1
D7.E.10.4	... Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)	4	5	4	5	4	4	4
D8.E.06	... Plano de Qualidade e Segurança do Paciente	1	4	1	4	4	4	1
D8.E.07	... Estrutura organizacional com a descrição das lideranças, suas funções e responsabilidades definidas	1	4	1	4	1	4	1

Fonte: Elaboração própria (2023).

Novamente observam-se padrões de resposta homogêneos em quase todos os itens, com respostas idênticas entre os gestores das diferentes maternidades. Apenas alguns itens tiveram maior diferenciação entre as respostas dos gestores, com ao menos três categorias de resposta diferentes. Nas perguntas sobre a existência de protocolos de manejos de parto





D1.E.41	... a área de trabalho de parto da unidade possui banheiro limpo, acessível, para o uso exclusivo de mulheres, nas áreas de trabalho de parto e parto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D1.E.45	... tem equipamentos e materiais disponíveis em quantidade suficiente, nas áreas de trabalho de parto e parto.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D2.E.02	... mantem uma temperatura entre 23 e 26°C na sala de parto, e as áreas livres de correntes de ar	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	86
D2.E.05	...insumos e materiais para suporte ventilatório neonatal, em quantidade suficiente e sempre que necessário	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D2.E.18	...um espaço dedicado à reanimação de RN, devidamente equipado para manobras de reanimação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D3.E.01	...um sistema para registro, físico ou eletrônico, de todos os processos de atendimentos realizados com a mulher e com o recém-nascido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D3.E.04	... tem um prontuário eletrônico para coleta de dados e análise de indicadores, que gera relatórios físicos e digitais, sempre que necessário	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0
D4.E.07	...uma guia de referência padrão que é utilizada em todos os encaminhamentos para outras unidades, que documenta informações clínicas, intervenções, tratamento e o motivo do encaminhamento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D5.E.05	... as enfermarias e áreas de trabalho de parto garante a privacidade e respeito durante a prestação do cuidado, com leitos separados por cortinas, biombos e divisórias	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0
D5.E.09	...uma estrutura a qual permite que recém-nascidos internados em UTI Neonatal sejam acompanhados pelos seus pais ou outro responsável, sem restrição, enquanto estiverem internados	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D5.E.15	... dispõe de caixas de manifestação, de fácil acesso às mulheres e suas famílias, que é esvaziada periodicamente para análise das manifestações	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	57
D6.E.03	... expõe, de forma visível, a escala mensal dos colaboradores em todos os setores de atendimento da maternidade	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	86
D7.E.04	...uma Central de Material de Esterilização (CME)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D8.E.06.1	... a unidade tem um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	57

D8.E.08	...uma equipe designada de profissionais que atuam no setor de qualidade	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	43
D8.E.16	... dispõe de uma fonte de água potável em funcionamento para atender todas as demandas de consumo da maternidade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D8.E.17	...energia elétrica capaz de atender a toda unidade e um gerador em funcionamento que é acionado nos momentos em que houver falta de energia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D8.E.18	... cada unidade ambulatorial e de internação da unidade de saúde, deve possuir um sanitário para pacientes e funcionários, de acordo com as recomendações da RDC nº 50	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	71
D8.E.21	... a unidade de saúde possui enfermarias e áreas de parto com espaços condizentes com a Legislação Sanitária Brasileira	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0
D8.E.24	... a unidade tem uma ala de internação para mulheres com gestação de alto risco, ou UTI materna para o atendimento de mulheres com complicações	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14
D8.E.25	... tem uma ala de cuidados intensivos dedicada para tratamento de bebês pequenos, doentes e instáveis hemodinamicamente	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
D8.E.29	... dispõe de uma farmácia hospitalar que está sob responsabilidade técnica de um farmacêutico	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	86
D8.E.29.1	... dispõe de um sistema de gestão de estoque e aprovisionamento de medicamentos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100

Fonte: Elaboração própria (2023).

Na pergunta sobre a existência de caixas de manifestação de fácil acesso às mulheres e suas famílias, que é esvaziada periodicamente para análise das manifestações (D5.E.15), os gestores das maternidades A, B e D relatam não ter. Sobre a unidade ter um Núcleo de Segurança do Paciente (D8.E.06.1), os gestores das maternidades A, C e G relatam não possuir. Com relação à existência de uma equipe designada de profissionais que atuam no setor de qualidade da unidade (D8.E.08), os gestores das maternidades A, D, F e G relatam não ter. Sobre cada unidade ambulatorial e de internação da unidade de saúde possuir um sanitário para pacientes e funcionários, de acordo com as recomendações da RDC nº 50 (D8.E.18) dois gestores, da maternidade D e F, responderam não possuir. O restante dos casos foi de resposta homogênea ou quase, com apenas um gestor diferindo da maioria.

A seguinte tabela (tabela 19) mostra os valores de diversas taxas e proporções de grande







D1.R.14	Proporção de recém-nascidos na unidade de saúde que sofreram algum tipo de lesão no parto	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.01	Proporção de recém-nascidos na unidade de saúde que estão sob aleitamento materno exclusivo	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.03	Taxa de mortalidade neonatal precoce	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.08	Taxa de mortalidade neonatal precoce em prematuros	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.09	Proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso que foram alimentados exclusivamente com leite materno durante a sua internação na unidade de saúde	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.10	Proporção de <i>near miss</i> em recém-nascidos prematuros	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.11	Proporção de mortes por sepse em bebês prematuros e com baixo peso ao nascer	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.12	Taxa de letalidade por sepse neonatal	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D2.R.13	Proporção de mortes neonatais por sepse	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-
D7.R.03	Taxa de infecções hospitalares em recém-nascidos	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	-

Fonte: Elaboração própria (2023).

Segundo pode ser observado na tabela 19, a maior parte das taxas e proporções perguntadas não são monitoradas pelos gestores, pois 43 das 51 perguntas ficaram sem resposta. Outro fato que chama atenção é que os hospitais monitoram (e deixam de monitorar) os mesmos dados, não havendo casos onde um hospital tem uma informação que outro não tem, apresentando, novamente, certa homogeneidade. Os oito itens que foram respondidos apresentam baixa diferença de valores, como, por exemplo, a proporção mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que receberam a dose recomendada de sulfato de magnésio (D1.P.15), que, em média, marcou 98% e cujo menor valor foi 96,9% e o maior foi 100%. Com relação à proporção de mulheres internadas que tiveram o diagnóstico de pré-eclâmpsia (D1.P.18), observa-se que a maternidade A teve a menor porcentagem diagnosticada, com 2,42%, e a maternidade F a com maior quantidade de diagnósticos com 7,64%, e a média geral de 35,84%. Com relação à proporção de mulheres em trabalho de parto prematuro que receberam ciclos de corticoterapia pré-natal (D2.P.14), dois gestores relataram que esta pergunta não se aplica às maternidades onde trabalham, enquanto o valor mais baixo é relatado pela maternidade A com 9,6% e o mais alto de 26% tanto na maternidade C quanto na E, e a média geral de 19,5%. Com relação à proporção de todos os recém-nascidos debaixo peso

nascidos na unidade de saúde que receberam o Método Canguru (D2.P.17), um gestor relata que esta pergunta não se aplica, porém a média geral é baixa, com apenas 9,6% dos recém-nascidos recebendo o método, com a maternidade com proporção mais baixa a maternidade F (0,05%), e a mais alta a maternidade D (29%). Com relação à proporção de partos vaginais espontâneos em que foi realizada episiotomia (D1.P.07), a maternidade D relata que o procedimento foi realizado em 0% dos casos, enquanto a maternidade F relata que o realizou em 4,5% dos casos, sendo a média geral de 2%. A proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson (D1.P.28) teve uma média geral de 33% entre os hospitais, sendo a maternidade E a que menos realizou com 10,2%, e a maternidade que mais realizou a maternidade B com 43,6%. A taxa de mortalidade perinatal é, em média, de 3, sendo a maternidade com a taxa mais alta a maternidade E, com 10,4 e a mais baixa a maternidade A, com 0,51. Da mesma forma, a maternidade A também foi a que apresentou menor taxa de óbitos fetais com 0,2, e a maternidade E a maior taxa, com 24,2, sendo a média geral de 4.

## 6 DISCUSSÃO

No intuito de avaliar a pertinência dos padrões e declarações de qualidade do cuidado materno e neonatal propostos pela OMS, procedeu-se à tradução e, na sequência, discussões técnicas, a partir de um grupo de especialistas, e revisões de literatura para apoiar e garantir a sustentabilidade científica das decisões. Com base nas opiniões técnicas e no levantamento de evidências, o estudo selecionou os itens relevantes e factíveis que, posteriormente, comporiam o instrumento modular e abrangente para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal.

O processo de tradução reforçou a importância da adaptação linguística nos processos de validação de instrumentos, e como ela pode ser influenciada pela posição e conhecimento que o sujeito adquiriu sobre o fenômeno investigado. Trata-se de um processo de negociação entre o texto, a cultura do tradutor e do local. No entanto, é preciso equilíbrio e conhecimento técnico suficiente do pesquisador para resolver as inconsistências produzidas a partir de duas visões diferentes de sistemas, considerando a disponibilidade e organização dos elementos envolvidos (BEVILACQUA; KILIAN, 2017).

Neste estudo, em particular, a tradução dos itens apontou omissões, inserções de palavras e divergências conceituais como a expressão *near miss* e quase acidente; e *breastfeeding support*, ora traduzida por aleitamento materno, ora por amamentação. Em algumas combinações, o idiomatismo e escolhas léxico-gramaticais foram identificadas a fim de garantir a equivalência semântica e a compreensão dos itens expressos na versão original do documento *standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Tais combinações e adaptações foram mais expressivas na tradução realizada por T1, cujo perfil era de um médico generalista, com experiência prática no acompanhamento de mulheres durante o pré-natal e de recém-nascidos nas consultas puerperais. De todo modo, quando comparada as traduções, ainda que com pontos divergentes, não foram observadas mudanças no fenômeno a ser investigado.

A avaliação por especialistas, realizada a partir do Método Delphi e de um painel de discussão, buscou melhorar o conteúdo dos itens, tornando-os mais factíveis, precisos e confiáveis, mitigando, portanto, as possíveis ameaças à validade de conteúdo referente ao conjunto de itens propostos: omissão de itens relevantes, super-representação de itens para alguns aspectos do cuidado e inclusão de itens sem relevância (SCHANG; BLOTENBERG; BOYWITT, 2021). Ao mesmo tempo, apontou inviabilidades em relação à operacionalização de alguns itens para o contexto em que se dá o estudo, considerando o conteúdo, a



qualidade metodológica e a capacidade do instrumento desenvolvido refletir adequadamente o construto investigado.

Em linhas gerais, ainda que as limitações metodológicas tenham sido notadas durante a condução do estudo no âmbito circunscrito das maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, a sua relevância e contribuição para o campo da saúde pública foram ressaltadas por profissionais especialistas – gestores, representantes da academia, profissionais de saúde e usuários do serviço - em todas as etapas da pesquisa.

Foram sublinhadas as disparidades sociais e sanitárias que existem entre as regiões do Brasil e que impactam direta ou indiretamente nos desfechos obstétricos observáveis e na operacionalização dos itens incluídos.

No entanto, ainda que as disparidades geográficas, sociais, econômicas e culturais influenciem a estruturação dos serviços, as práticas e os resultados sobrevividos da produção do cuidado, os especialistas destacaram que os itens correspondem a um modelo de atenção que apoia o cuidado seguro, oportuno e respeitoso, orientado pelo uso de práticas baseadas em evidências e centrado na mulher e na família. Portanto, o uso do instrumento de avaliação deveria caber para todas as regiões e serviços de saúde no país. Ao mesmo tempo, a abrangência dos itens e sua distribuição na composição dos padrões de qualidade sugeridos pela OMS requerem um misto de critérios metodológicos próprios para a sua operacionalização, o que foi apontado como uma questão que carece de debruçamento teórico e expertise de outros profissionais metodologistas.

Estudos sugerem que a ausência de um modelo de avaliação abrangente, que leve em conta todos os aspectos que devem estar imbricados durante o atendimento à mulher e ao recém-nascido no âmbito das maternidades, comprometem a qualidade e a segurança do cuidado ofertado. Essa ausência é notada, principalmente, em países de baixa e média renda, onde os resultados negativos de saúde relacionados à morbimortalidade materna e neonatal são mais ostensivos (FIROOZNIJA *et al.*, 2022).

Nesta direção, a fim de mitigar as limitações metodológicas, advindas de um cronograma de estudo enxuto e sem retaguarda financeira, o grupo de especialistas apontou a necessidade de um estudo cooperativo, do tipo multicêntrico, propiciando fundamentação mais sólida, robustez e uniformidade operacional acerca dos itens recomendados e dos resultados produzidos. Tal apontamento vai ao encontro de estudos epidemiológicos que evidenciam diferenças estatisticamente significativas, relacionadas ao perfil epidemiológico das mulheres que foram à óbito e às variáveis regionais implicadas nos desfechos obstétricos desfavoráveis nas diversas regiões do Brasil (BRASIL, 2021).

Neste processo de validação do conteúdo, foi apontada a dificuldade de reprodutibilidade de alguns itens para o contexto das maternidades públicas brasileiras como, por exemplo, aqueles relacionados ao modelo de prestação de cuidado orientado por parteiras. No Brasil, todos os partos hospitalares são assistidos por médicos e enfermeiros obstetras, o que os tornam dissonantes da realidade brasileira. Uma pequena parcela de mulheres (estima-se que 1%) residentes nas áreas rurais, ribeirinhas, populações tradicionais quilombolas e indígenas do país ainda são assistidas por parteiras tradicionais, profissionais detentoras de um conhecimento subjetivo e tradicional sobre os corpos, adquirido em seus respectivos contextos de convivência (OLIVEIRA; PERALTA; SOUZA, 2019).

Diferentemente, as parteiras tradicionais seguem como figuras importantes e predominantes na assistência ao parto e nascimento de países economicamente favorecidos como, por exemplo, a Suécia, Nova Zelândia, Escócia e Islândia que, curiosamente, apresentaram declínio significativo na taxa de mortalidade materna nas últimas décadas (ERI *et al.*, 2020).

Alguns itens foram considerados irrelevantes, pois já caíram em desuso no atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto, como é o caso das práticas de tricotomia e enemas de rotina antes do trabalho de parto vaginal, e a adesão rígida a uma duração pré-determinada do 2º estágio do trabalho de parto. Trata-se de práticas classificadas como claramente prejudiciais, ineficazes e que, portanto, precisam ser evitadas (OMS, 2014). Enquanto isso, optou-se por manter os itens que medem práticas cientificamente recomendadas, ainda que já implementadas no âmbito das maternidades, como é o caso do incentivo ao aleitamento materno exclusivo, o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, e a notificação e tratativa de todos os óbitos maternos.

Outros itens relacionados à estrutura como, por exemplo, banheiros específicos para atender às necessidades de higiene menstrual, foi excluído por não corresponder à estrutura prevista para os serviços de saúde local. No Brasil, o planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde são regulados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e pela RDC nº 36 de 03 de junho de 2008, que não preveem em seu escopo regulatório tais características estruturais (BRASIL, 2002, 2008). Da mesma forma, outros itens referentes ao ambiente físico da unidade de saúde foram recomendados à adequação, de acordo com as normas sanitárias vigentes no país, como a garantia dos espaços de alojamento conjunto, controle de temperatura e iluminação.

Os painelistas criticaram as generalizações de alguns itens, com extrapolações

importantes que inviabilizam a sua mensurabilidade como mulheres e recém-nascidos que completaram o seu encaminhamento, atendimento aos padrões de biossegurança ao administrar medicamentos parenterais e mulheres e recém-nascidos encaminhados e atendidos em tempo oportuno. Ainda que sejam itens importantes, a ausência de parâmetros dificulta a sua definição, o que atenta para possíveis vieses nos processos de avaliação pela subjetividade e/ou falta de respostas adequadas. Logo, sugeriu-se uma revisão da literatura científica publicada a fim de indicar os parâmetros e variáveis usadas para a sua medição.

No tocante aos itens relacionados à morbidade grave ou *near miss* materno e neonatal, foi mencionado que não há nas maternidades públicas uma rotina de notificação para os casos, ainda que se reconheça a sua importância no planejamento das ações de segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Segundo os participantes, a ausência de uma definição padrão das condições ou situações clínicas que configuram o evento *near miss materno*, dificulta a notificação, monitoramento e uso pelos gestores no âmbito das maternidades. Ao que tudo indica, a taxa de *near miss* materno é baixa nos serviços de saúde, de um modo geral, devido ao não reconhecimento dos casos pelos profissionais de saúde, e pelo incidente que não, necessariamente, atingiu o paciente, e, portanto, não geram tratativas, relatórios de investigação e feedbacks precisos por parte dos gestores a fim de que aprendizados sejam oportunizados (TOREN; DOKHIN; GANZ, 2021).

Neste sentido, torna-se legítimo a construção de um sistema efetivo de notificação das principais morbidades graves maternas e neonatais, a fim de promover no âmbito das maternidades públicas brasileiras o fortalecimento de uma cultura justa de segurança do paciente, com uma rotina estabelecida de tratativas, feedbacks e comunicação envolvendo a liderança e profissionais de saúde. Ademais, evidências demonstram que a maior incidência de *near miss* materno no Brasil ocorrem em hospitais da capital, que integram o Sistema Único de Saúde (DIAS *et al.*, 2014).

Ainda que os critérios para classificação de *near miss* materno e neonatal não estejam claros, um estudo realizado no país, oriundo da Pesquisa Nascer no Brasil, apontou variáveis para monitorar o *near miss* neonatal, com destaque para o peso ao nascer < 1500g, Índice de Apgar < 7 no 5º minuto de vida, ventilação mecânica, idade gestacional < 32 semanas e malformações congênitas (SILVA *et al.*, 2014). Já os critérios clínicos para a definição de *near miss* materno apontado pela OMS foram: Frequência respiratória maior que 40 ou menor que seis incursões por minuto, distúrbio de coagulação, cianose aguda, choque, oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos, convulsões reentrantes/paralisia total, icterícia na presença de pré-eclâmpsia, perda da consciência superior a 12 horas, respiração agônica, perda

da consciência associada à ausência de pulso, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e trombocitopenia aguda. Já os critérios laboratoriais são aqueles indicativos de disfunções cardiovasculares, respiratórios, coagulação, neurológicos, hepáticos, renais e uterinos (DIAS *et al.*, 2014; OMS, 2014).

Outro aspecto apontado foi o intervalo temporal sugerido para os itens referentes às atividades de treinamento em serviço dos profissionais de saúde. De um modo geral, foi ressaltado que tais atividades integram um plano de qualificação profissional e institucional que melhoram os resultados do cuidado, especificamente, do atendimento à mulher e ao recém-nascido. No entanto, ainda que a Educação Permanente em Saúde (EPS) seja uma modalidade de educação na saúde, reconhecida como uma estratégia sistemática que contribui para o aprimoramento e mudança das práticas em saúde, foi questionada a periodicidade pré-estabelecida para a realização destas atividades, entendendo que a EPS deve ser pensada e adaptada às situações em cada nível local do sistema de saúde (BRASIL, 2018).

Em relação às técnicas utilizadas para viabilizar a EPS, a OMS propôs em alguns itens, por exemplo, a tecnologia de simulação, definida como uma representação imitativa do funcionamento de um processo, que mimetiza fenômenos naturais e, ao mesmo tempo, busca reproduzir aspectos próximos ou semelhantes à realidade que se quer aprimorar (AYAZ; ISMAIL, 2022). Segundo os especialistas, a simulação, enquanto técnica ou tecnologia de aprendizado possibilita uma visão mais próxima da realidade, mas, ao mesmo tempo, não consegue ser aplicada para todos os contextos, tendo em vista o custo dispendido, a disponibilidade dos serviços e o preparo dos profissionais para a execução deste tipo de treinamento. Deste modo, foi sugerido a não indicação da simulação, entendendo que no Brasil o uso desta tecnologia ainda não integra, obrigatoriamente, a agenda de treinamento em serviço realizada nas maternidades públicas brasileiras.

No entanto, é importante ressaltar que a simulação já se tornou o padrão ouro para a educação na saúde de países economicamente desenvolvidos e vêm ganhando cada vez mais espaço nos serviços frente à crescente ênfase nas discussões sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado de saúde. As evidências apontam que o treinamento por meio de simulações *in-situ* (nos ambientes em que se dá o cuidado) permite melhor aprendizado observacional, aumenta a segurança do paciente, o gerenciamento de recursos em tempos de crise, as habilidades psicomotoras e a comunicação interpessoal e afetiva dos participantes (AYAZ; ISMAIL, 2022).

De um modo geral, com base no julgamento técnico dos especialistas e na revisão da literatura científica publicada, foi ressaltada a necessidade de ajustes para alguns itens, tendo

em vista a sua operacionalização e as particularidades inerentes ao contexto das maternidades públicas brasileiras. Ficou claro que os itens propostos pela OMS, ainda que abrangentes e transversais, apresentam elementos relevantes do cuidado que precisam ser considerados pelos gestores locais nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. E depois, constructos de qualidade de cuidado de saúde são definidos a partir de múltiplos domínios e subdomínios, uma vez que a sua definição é complexa e multifacetada (SCHANG; BLOTENBERG; BOYWITT, 2021).

Após a execução das etapas iniciais do processo de adaptação transcultural, chegou-se à conclusão que os itens estavam claros e compreensíveis e suficientes para comporem o protótipo do instrumento de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal. Tendo em vista a transversalidade e abrangência do escopo de itens propostos, e os diferentes sujeitos envolvidos na produção do cuidado, os itens foram agrupados em três instrumentos modulares. Esta fase, caracterizada como pré-teste, consistiu na aplicação do instrumento aos gestores, profissionais de saúde e mulheres puérperas, com o propósito de uma avaliação extensiva, capaz de medir as diferentes facetas e dimensões do cuidado materno e neonatal. Além disso, as estruturas existentes de qualidade de cuidado integram perspectivas diversas e, dependendo da posição que o sujeito ocupa na produção do cuidado de saúde há variações no valor que atribuem aos diferentes aspectos (HANNAWA *et al.*, 2022).

Com relação às análises fatoriais foi testada uma solução com três fatores na análise exploratória. Com exceção de D3.R.02 e D6.R.03, observou-se que praticamente todas as cargas fatoriais tiveram ao menos o mínimo de .3, que foi apontada pela literatura como aceitável. Depois, a estrutura de três fatores foi confirmada pela análise fatorial confirmatória, o que significa que existiriam três dimensões sendo medidas no instrumento de avaliação.

Contrastando isso com as evidências teóricas pode-se dizer que as três dimensões correspondem ao atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto (fator 1), atendimento ao recém-nascido (fator 2); e participação e satisfação dos profissionais de saúde (fator 3). Trata-se de três dimensões cruciais para medir a qualidade do cuidado materno e neonatal, pois verificam elementos importantes e indissociáveis para a oferta de um cuidado seguro e de qualidade.

A primeira e a segunda dimensão são compostas por itens que verificam a realização de treinamentos voltados para profissionais de saúde sobre o atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto, e cuidados com o recém-nascido, respectivamente. Além dos itens que verificam o cuidado com o neonato, a dimensão 2 englobou itens relacionados ao treinamento dos profissionais sobre medidas de precaução e controle padrão de infecções; e

orientações sobre os encaminhamentos e alta hospitalar do recém-nascido e da mulher. Já a dimensão 3 verificou aspectos relacionados à satisfação dos colaboradores.

É importante ressaltar que alguns itens, no entanto, apresentam cargas cruzadas, o que quer dizer que não estão contribuindo bem para nenhum fator, e futuras aplicações ou desenvolvimento do instrumento são necessárias a fim de ratificar ou refutar a hipótese de retirá-los.

Durante a aplicação do instrumento, observou-se que as maternidades são compostas majoritariamente por profissionais de saúde do sexo feminino, com experiência prévia no atendimento materno e neonatal. Nas maternidades com gestão municipal direta, os profissionais possuem um tempo maior de experiência no serviço, quando comparado com as instituições cuja gestão é feita por intermédio de organizações sociais (OSs). Talvez isso decorra de uma provável rotatividade de pessoal e ausência de uma uniformidade da política de gestão de recursos humanos que assegure um plano de desenvolvimento individual e fixação profissional (FONSECA; LIMA; TEIXEIRA, 2021).

Outro aspecto evidenciado foi que as maternidades parecem não possuir uma agenda periódica de treinamento *in loco* para os profissionais, e a sua participação está condicionada à especialidade e área de atuação. A maioria dos profissionais realiza cursos de atualização por conta própria, nas horas vagas, de acordo com o seu interesse de desenvolvimento profissional. Isso demonstra uma fragilidade institucional que reflete diretamente nos resultados maternos e neonatais. O treinamento em serviço é uma estratégia de desenvolvimento profissional contínuo, cujo papel é fornecer atualizações à medida que novas evidências científicas são produzidas e publicadas e, ao mesmo tempo, preenche deficiências advindas da formação anterior, melhorando a qualidade do atendimento (CHRYSANTINA; SÆBØ; KAASBØLL, 2022).

Outro dado observado foi a ausência de variância em relação às categorias profissionais e a sua participação em treinamentos desenvolvidos no serviço, principalmente na categoria médica. Para médicos obstetras, por exemplo, causou estranheza responder itens relacionados a treinamentos voltados para cuidados puerperais com o recém-nascido, enquanto para os pediatras e neonatologistas, foi intrigante responder itens referentes à treinamentos relacionados ao manejo de complicações obstétricas. Ao que tudo demonstra, parece claro haver uma departamentalização precisa da assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério nas maternidades incluídas no estudo, imposta, sobretudo, pela estrutura organizacional do serviço, que pode interferir nos resultados perinatais. Já com os enfermeiros, a especialização não foi um fator determinante para a participação em

treinamentos. Nesta direção, para estudos futuros, recomenda-se aplicar os itens que medem treinamentos, em consonância com a categoria profissional, a fim de evitar viés de seleção e resultados imprecisos.

Nas instituições em que não há gestão por OS, as programações voltadas para a qualificação profissional são mais escassas, com exceção dos treinamentos referentes ao aleitamento materno, já que 86% das maternidades entrevistadas integram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), selo de qualidade instituído pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e OMS, e conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem o estabelecido no documento 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (BRASIL, 2014a). A adesão das maternidades públicas a este programa e os resultados advindos do seu cumprimento justifica a manutenção do item.

A IHAC, inserida na Agenda de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), prevê a criação de uma política hospitalar capaz de garantir a prática do aleitamento materno, a partir da mobilização e capacitação das equipes de profissionais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER *et al.*, 2019). O Brasil conta atualmente com 307 hospitais habilitados com o selo do IHAC, sendo 15 no Estado e 09 na região Metropolitana I do município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2022).

O treinamento referente ao manejo do trabalho de parto prolongado, apesar de ter sido considerado relevante pelos painelistas, não é realizado com muita frequência nas maternidades. No entanto, é crucial problematizar aspectos que estão para além do predomínio aumentado das intervenções obstétricas, e considerar que uma equipe treinada para conduzir um trabalho de parto prolongado contribui para evitar a cesariana desnecessária, o uso inoportuno de uterotônicos e da amniotomia. Estas práticas são induzidas pela falta de experiência técnica e habilidades clínicas dos profissionais que acompanham a mulher durante o trabalho de parto e parto prolongado (BAKKER *et al.*, 2021).

Outro apontamento foi em relação à baixa participação dos profissionais em treinamentos voltados para a garantia dos direitos da mulher e mecanismos para lidar com os casos de violação. A maioria dos entrevistados sentiu estranheza ao serem indagados sobre a qualificação voltada ao preparo do profissional para garantia dos direitos reprodutivos durante o cuidado na gestação, parto e puerpério, e a sua relação com a segurança e qualidade do atendimento obstétrico. No entanto, optou-se por manter o item, pois evidências afirmam que o incremento no número de casos de violação e substituição dos direitos da mulher nas maternidades decorrem de fatores como a falta de treinamento adequado, educação e

formação profissional insuficiente, apontados, inclusive, como perpetuadores deste tipo de prática (MENA-TUDELA *et al.*, 2023). Ademais, é responsabilidade da instituição de saúde garantir treinamento prático para todos os profissionais, de modo a contribuir para cuidados dignos e respeitosos à mulher e familiares (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Em relação à anulação dos direitos da mulher durante o processo de nascimento configura situação de violência obstétrica, que é um problema de saúde pública, definido pela apropriação indevida do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, impactando negativamente na qualidade do atendimento. Entre os tipos de tratamento que configuram violência obstétrica destacam-se a humilhação e abuso verbal, procedimentos médicos forçados ou não consentidos, falta de confidencialidade, não obtenção do consentimento informado e violações de privacidade (MENA-TUDELA *et al.*, 2023; WHO, 2014). Trata-se de um tipo de violência de gênero que cresce em todo mundo, com taxas que variam de 18,3% a 44,3%, segundo estudos de base populacional realizado no Brasil (HENRIQUES, 2021).

O item referente à construção de mecanismos para lidar com os casos de violação dos direitos das mulheres teve cargas fatoriais baixas, carregando no fator 3 maior valor e cargas cruzadas nos demais fatores. Talvez pela pouca variância na resposta dos profissionais, que afirmaram desconhecer a existência de fluxos e protocolos voltados para o atendimento à mulher vítima de violência na maternidade. No entanto, a relevância do item é justificada pela literatura científica, que sustenta a sua permanência no escopo do instrumento.

Ainda que diretrizes voltadas para o atendimento da mulher vítima de violência tenham sido publicadas por agências governamentais nos últimos anos, barreiras organizacionais e sistêmicas são identificadas no âmbito dos serviços de saúde para o rastreamento, identificação e manejo dos casos de violência (RAYMENT-JONES *et al.*, 2023). É curiosa a escassez de estudos voltados para a construção de mecanismos de prevenção da violação dos direitos da mulher nas maternidades, enquanto muito se produz acerca do panorama e das consequências deste tipo de violência no atendimento à mulher.

O item que mede a realização de treinamentos sobre a identificação e manejo das infecções periparto, apesar de ter mostrado baixos níveis de resposta pelos profissionais, manteve-se no escopo, tendo em vista que as infecções durante o período periparto acompanha-se de maior risco de instabilidades hemodinâmicas, o que demanda ações imediatas dos serviços de saúde (BRASIL, 2022).

As complicações periparto incluem as infecções anteparto (intra-amniótica ou corioamnionite), endometrite pós-parto e infecções pós-aborto, representando quase 75% dos



óbitos maternos que ocorrem no mundo (BRASIL, 2022). A resistência antimicrobiana, que cresce cada vez mais, decorrente do uso empírico e sem critérios de terapia antibiótica, reforça a urgência de profissionais preparados e qualificados para a prática oportuna da prescrição medicamentosa na atenção obstétrica. Geralmente, as infecções periparto são passíveis de prevenção e, quando diagnosticadas e tratadas precocemente, podem prevenir a morbimortalidade materna e neonatal (PEK; HEIL; WILSON, 2022).

Por outro lado, o treinamento voltado para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) parece ser realizado frequentemente nas maternidades, segundo a resposta dos profissionais. A educação e treinamento em IRAS constitui um dos indicadores do Programa Nacional de Controle de Infecções e, portanto, deve ser promovido por todas as instituições que prestam cuidados diretos aos pacientes (ANVISA, 2021).

No tocante aos treinamentos voltados para a identificação e manejo das intercorrências obstétricas e neonatais parece estar bem estabelecido no âmbito das maternidades, com boa adesão dos profissionais de saúde. No entanto, considerando a importância que a prematuridade neonatal, as doenças hemorrágicas e hipertensivas assumem no escopo global de mortes e morbidades graves maternas e neonatais, e reconhecendo que é no nível individual que o conceito de qualidade é mais significativo, manter este item mostra-se relevante. A falta de profissionais treinados, somado à incipiência dos aspectos estruturais e às condições econômicas, sociais e culturais que restringem o acesso aos serviços de saúde, agrava a má qualidade dos cuidados obstétricos (MILTENBURG *et al.*, 2023).

Outro aspecto abordado é a satisfação dos profissionais com o trabalho que desenvolvem na unidade de saúde e com a comunicação que estabelecem com outros membros da equipe durante a passagem de plantão. Para que sistemas de qualidade sejam estabelecidos no âmbito dos serviços, é fundamental que as necessidades dos profissionais sejam contempladas. Condições deploráveis de trabalho, a falta de recursos, de equipamentos essenciais e de sistemas de apoio aumentam os sentimentos de desmoralização e esgotamento físico e mental dos profissionais, o que impacta diretamente nos resultados maternos e neonatais (MILTENBURG *et al.*, 2023). Surpreendentemente, o movimento de avaliar a satisfação dos profissionais parece não ser feito periodicamente pela gestão das maternidades, o que pode indicar uma baixa valorização do item como um indicador de gestão, associado à melhoria dos resultados organizacionais.

A produção de cuidados maternos e neonatais de qualidade é dependente do excelente desempenho dos profissionais de saúde nas organizações. Cada vez mais, vem sendo utilizada

pelas instituições que buscam melhorar os seus resultados, sendo uma prática frequente nos países desenvolvidos, e crescente nos países em desenvolvimento (KRIJGSHELD; TUMMERS; SCHEEPERS, 2022). No estudo, o item referente à avaliação de desempenho dos profissionais pela unidade de saúde apresentou cargas fatoriais limítrofes, carregando no fator 3 o maior valor, e nos demais fatores cargas cruzadas. Este resultado pode ser indicativo que este item não está contribuindo bem para nenhum fator, recomendando-se a aplicação futura do instrumento e, possivelmente a remoção devido a sua baixa relevância estatística.

No que se refere ao instrumento aplicado às mulheres puérperas, de um modo geral, englobou itens que correspondem às dimensões avaliativas relacionadas ao cuidado ofertado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto, parto e puerpério e à sua experiência com o processo de nascimento.

Ainda que o objetivo deste estudo não tenha sido caracterizar o perfil das mulheres e unidades participantes, observou-se que o parto normal foi predominante nas maternidades, quando comparado com a cesariana. Isto é um achado importante, pois indica uma provável e lenta transição de um modelo hegemonicamente tecnocrático para um modelo obstétrico menos intervencionista, que valoriza aspectos do processo fisiológico da parturição e a experiência de parto da mulher. Todavia, a distribuição do número de cesarianas entre as maternidades não se trata de um dado que pode ser analisado isoladamente, sem considerar o perfil de risco gestacional das mulheres atendidas na maternidade.

Na população investigada não houve discrepância nos valores observados quanto à realização da cesárea e o tipo de pele, apesar de estudos demonstrarem que no Brasil as taxas de cesariana não se distribuem uniformemente, se apresentando maiores em mulheres com a cor da pele branca (DIAS *et al.*, 2022).

Em relação aos itens do questionário, foi observado que não houve variabilidade dos dados nas respostas das mulheres sobre os elementos investigados, o que pode estar atrelado à aplicação do instrumento em um contexto circunscrito do município do Rio de Janeiro. Ainda que se observem diferenças em territoriais e sociodemográficas, os fluxos de organização do serviço na rede e os procedimentos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto são iguais para todas as maternidades que estão sob a gestão municipal, como, por exemplo, a presença do acompanhante durante a internação.

Neste sentido, nos itens que verificam os direitos da mulher - a exemplo da privacidade e a participação nos processos decisórios – não houve variabilidade das respostas entre as puérperas e entre maternidades, sendo, majoritariamente, afirmativas para um atendimento digno e respeitoso. Isso reflete, em alguma medida, o compromisso dos gestores

municipais e profissionais de saúde com o atendimento humanizado e adesão às recomendações acerca da garantia dos direitos fundamentais do binômio durante o processo de nascimento. Ressalta-se que a oferta de cuidados de qualidade é variável dependente da garantia dos direitos da mulher e do recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (WHO, 2022).

Sabe-se que a adesão às recomendações para a garantia dos direitos da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto não acontecem de modo uniforme no Brasil, o que justifica a reaplicação do instrumento em outras regiões do país. Um estudo da Pesquisa Nascer no Brasil, realizado em hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS), com Planos de ação da Rede Cegonha, demonstrou que ainda há serviços de atenção obstétrica que realizam práticas não recomendadas, colocando em risco a vida da mulher e do bebê (VILELA *et al.*, 2021).

Em relação às orientações dadas às mulheres sobre os mecanismos de ouvidoria disponíveis para expressarem suas experiências, reclamações com o atendimento (quando suas experiências não se alinham às suas expectativas) e sugestões para melhoria do serviço, percebe-se que não se trata de uma rotina nas maternidades, interferindo diretamente no comportamento estatístico do item. Todavia, a disponibilização e divulgação de mecanismos democráticos de comunicação no âmbito das maternidades do SUS, é uma estratégia capaz de intermediar as relações entre mulheres, gestores e profissionais de saúde, corroborando para o fortalecimento da cidadania, qualidade da comunicação entre eles e produção de informações que subsidiam os gestores nos processos decisórios (BRASIL, 2014a).

Evidências apontam que as queixas de pacientes são medidas aceitas, capazes de verificar a qualidade das relações entre pacientes e profissionais, bem como a satisfação com o atendimento. Outrossim, o envolvimento das mulheres pode corroborar para melhorar a qualidade dos serviços, a responsabilidade e compromisso dos gestores e profissionais de saúde, a reorientação das práticas, a redução de abusos e a garantia da conformidade dos padrões de atendimento e o melhor desempenho dos sistemas de saúde (MIRZOEV; KANE, 2018).

Outro aspecto observado foi a satisfação da maioria das mulheres com as orientações e informações recebidas pelos profissionais de saúde, não havendo diferenças significativas entre as maternidades. No entanto, ao reparar o comportamento estatístico dos itens, percebeu-se que o conteúdo transmitido pelos profissionais de saúde- por exemplo, as orientações sobre os sinais de perigo para a mulher e o bebê não foram entregues a todas as puérperas nas maternidades. Isso evidencia que não há um protocolo de comunicação

estabelecido ou implementado quanto às orientações necessárias que deverão ser repassadas para as mulheres durante o atendimento nas maternidades, o que implica diretamente na qualidade e segurança do atendimento. Ressalta-se que mulheres bem informadas são fundamentais para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BASHOUR *et al.*, 2013).

A experiência de parto também diversificou entre as mulheres atendidas na mesma maternidade e entre maternidades diferentes. A experiência do parto é multidimensional, afetada por variáveis como o apoio contínuo durante o processo de nascimento, a boa comunicação, a qualidade das relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e pacientes, e a tomada compartilhada de decisões (THEME FILHA *et al.*, 2022). Nota-se que os dados relacionados a estas variáveis, obtidos a partir da aplicação do instrumento, se comportam quase que semelhantes entre as maternidades, com exceção da satisfação das mulheres com o ambiente físico (conforto, limpeza, iluminação), o que pode presumir alguma correlação com a variância de respostas relacionadas à experiência de parto, ainda que não tenham sido confirmadas estatisticamente. Evidências mostram que o ambiente físico onde se dá o nascimento influencia diretamente no bem-estar e nas experiências de parto da mulher (MIZZI; PARASCANDALO, 2022).

A percepção das puérperas quanto ao apoio dos profissionais para amamentar também variou entre as entrevistadas. É importante ressaltar que das 7 maternidades investigadas, 5 possuem o título de Hospital Amigo da Criança, o que prevê a capacitação de toda a equipe assistencial para a promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2014a). O aleitamento materno é uma recomendação da OMS, baseada em evidências científicas quanto aos seus benefícios. Para a criança, protege contra a morbimortalidade infantil e infecções; promove o desenvolvimento cognitivo, craniofacial e motor-oral; e diminui o risco de aparecimento de condições crônicas na fase adulta. Para a mulher, o aleitamento materno é um método contraceptivo natural, que contribui para o intervalo interpartal; reduz a chance da ocorrência do câncer de mama, ovário e útero; e acelera a involução uterina, quando iniciado, preferencialmente, na primeira hora de vida (FREITAS *et al.*, 2022).

Em relação ao uso de métodos farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, notou-se que a analgesia não é uma prática comum nas maternidades do Rio de Janeiro em mulheres que realizaram o parto vaginal. Ainda que seja um direito da mulher, há uma dificuldade dos gestores manterem um profissional anestesiológico disponível durante todo o tempo para atender a analgesia de partos vaginais, por exemplo. A ausência de estrutura das maternidades para ofertar métodos farmacológicos durante o trabalho de parto

pode impactar diretamente na experiência da mulher e nos resultados maternos e neonatais, justificando, portanto, a importância de medir esta prática para a oferta de cuidados de seguros e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2022).

As orientações sobre métodos contraceptivos no pós-parto parecem pouco frequentes nas maternidades investigadas. Talvez porque a organização dos serviços no âmbito da rede municipal prevê que as orientações sejam fornecidas nas consultas puerperais e nos serviços de planejamento familiar que ocorrem nas unidades de Atenção Primária. O planejamento familiar integra uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, cujo objetivo é garantir o acesso aos meios necessários para postergar ou promover a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e orientações para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2022). Deste modo, ainda que o item seja relevante, não parece adequado para avaliar a qualidade do cuidado materno e neonatal em maternidades.

Incentivar e propiciar a presença do acompanhante para apoio durante o trabalho de parto e parto, que seja de escolha da mulher, é uma recomendação mundial. O estudo evidenciou que 100% das mulheres entrevistadas tiveram este direito garantido nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, o que indica uma boa prática. Ao mesmo tempo, observou-se que não há uma rotina na oferta de orientações e apoio ao acompanhante, o que pode influenciar a experiência de parto da mulher. O papel do acompanhante é estratégico para aumentar a segurança, a confiança e a sensação de bem-estar físico e emocional da parturiente durante o processo de nascimento, sendo, portanto, essencial que receba todas as informações no mesmo momento que a mulher. A OMS recomenda que os acompanhantes de parto tenham funções e responsabilidades claramente definidas, devendo a maternidade criar condições para que essas orientações sejam transmitidas (WANYENZE *et al.*, 2022; WHO, 2022).

A heterogeneidade das respostas sobre a oferta de alimentos líquidos e sólidos durante o trabalho de parto indica que esta prática ainda não é difundida pelos profissionais de saúde, talvez por negligenciá-la como uma boa prática ou devido ao medo de aspiração de conteúdos estomacais durante a analgesia (BRASIL, 2017). No entanto, evidências sugerem que, dependendo da condição clínica da mulher, o baixo equilíbrio nutricional pode estar associado a trabalhos de parto prolongados e, manter a mulher em jejum não é garantia de esvaziamento gástrico (SINGATA *et al.*, 2013). Deste modo, a rotina na oferta de comidas e bebidas deve ser mantida durante o processo de nascimento, ficando as mulheres livres para decidirem se aceitam ou não.

De um modo geral, os itens que constam do instrumento versão-mulheres, exceto

aquele que mede as orientações acerca de métodos contraceptivos (D2.R.02), abrangem elementos essenciais para um cuidado materno e neonatal de qualidade nas maternidades. Cabe o questionamento de manter os itens que, segundo o resultado estatístico, não discriminam variância de respostas, ainda que representem aspectos importantes que precisam ser monitorados e garantidos integralmente à mulher, recém-nascido e familiares. É importante enfatizar, que a adesão às boas práticas de atenção ao parto não é uniforme nas maternidades do Brasil, recomendando-se, portanto, a aplicação futura do instrumento em maternidades de outras regiões, a fim de verificar disparidades e, conseqüentemente, a variabilidade de respostas (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

Sobre o instrumento aplicado para gestores, foram englobados itens que medem desde a estrutura da maternidade até o processo do cuidado e desfechos maternos e neonatais. Entre os aspectos estruturais, a OMS considera importante para um atendimento de qualidade, a ambiência e organização do espaço físico; a disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos; veículos para transporte da mulher e do recém-nascido em situações de emergência; a disponibilidade por escrito de protocolos, políticas e orientações específicas; articulação e comunicação na Rede de Atenção; e rotinas e procedimentos.

Não houve variância na resposta dos gestores, principalmente em relação aos aspectos arquitetônicos, e à disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, possivelmente, porque as maternidades estão sob a mesma administração municipal. Cabe a indagação sobre a pertinência dos itens de avaliação, recomendando-se aplicação do instrumento em outros contextos.

O estudo evidenciou que, em situações de emergência, onde se faz necessário a transferência da mulher ou do recém-nascido para uma unidade de maior complexidade, o acesso a uma ambulância devidamente equipada nem sempre é rápido. O tempo de espera variou entre as unidades de saúde, apesar dos gestores manifestarem que não existe um controle sistemático de medição, entre o tempo em que o serviço é acionado e a chegada da ambulância. Além disso, o vocábulo “rápido” não fornece parâmetros suficientes, levando a julgamentos subjetivos e vieses de seleção, recomendando-se, portanto, a sua exclusão em futuras aplicações.

Apesar de tratar-se de um item importante na rotina das maternidades, os estudos que buscam entender o segundo atraso e avaliar a distância percorrida até a chegada da mulher na maternidade de referência são escassos (BANKE-THOMAS *et al.*, 2022). Evidências indicam que o acesso oportuno e imediato a um serviço de emergência obstétrica contribui para a redução de até 50% das mortes maternas e de 45% a 75% na taxa de natimortos.

Atrasos no deslocamento para chegar a uma unidade de saúde devidamente equipada (evento caracterizado como segunda demora) aumenta significativamente o risco de morte materna e fetal (BANKE-THOMAS *et al.*, 2022). Os atrasos podem ocorrer devido às barreiras geográficas entre as unidades (distâncias percorridas), pela demora na classificação e gestão do risco materno, e pelo acesso demorado a um veículo, capaz de realizar o transporte seguro da mulher e do recém-nascido até uma unidade de referência. É importante que os gestores e profissionais de saúde estejam atentos quanto ao tempo de espera na transferência inter-hospitalar a fim de minimizar as chances de mortes maternas, fetais e neonatais.

Em relação ao item que verifica os mecanismos de comunicação na rede de atenção, houve diferentes respostas entre as maternidades. Quiçá, pela falta de clareza do item em relação a quais seriam estes mecanismos de comunicação e suas finalidades. O item é pouco específico, e tal especificidade não foi alcançada nas discussões junto aos especialistas, o que pode ter levado a julgamentos subjetivos e vieses de seleção (por exemplo, os mecanismos seriam prontuários eletrônicos ou planilhas eletrônicas?). Portanto, sugere-se que, em estudos futuros, o item seja reescrito, tendo em vista a sua relevância e factibilidade, ambas demonstradas através dos resultados.

Os itens referentes aos casos de notificação e investigação de *near miss* materno e neonatal merecem destaque, pois nunca ou raramente são realizados nas maternidades investigadas, ao contrário das mortes maternas, perinatais e neonatais, em que há uma rotina de notificação obrigatória para estes eventos, considerados sentinelas (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2020). Talvez a sua definição como “quase acidentes” imputa aos gestores uma sensação falsa de um cuidado efetivo que evitou a morte da mulher, não sendo visto como um evento derivado de potenciais falhas na estrutura e no processo de cuidado. Todavia, embora a mulher ou o recém-nascido sobreviva, o *near miss* materno e neonatal têm graves implicações físicas e mentais para o binômio e familiares (BYRD; INGRAM; OKPARA, 2022; HABTE *et al.*, 2022).

O *near miss* materno e neonatal são métricas úteis e necessárias para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e melhorar os resultados maternos e neonatais, servindo como um indicador de qualidade do atendimento, especialmente nos países desenvolvidos (BYRD; INGRAM; OKPARA, 2022; HABTE *et al.*, 2022). É importante que os gestores estabeleçam planos de abordagem destes eventos no âmbito das maternidades, englobando três etapas cíclicas padronizadas, 1-avaliação inicial; 2-análise de situação; e 3- intervenções para melhorar o atendimento (OMS, 2014). Estas etapas conformam um método que permite a comparação dos dados ao longo do tempo, inclusive entre diferentes países (OMS, 2014).

Alguns itens propostos definem os eventos de *near miss* e mortalidade materna e neonatal quanto ao tipo de agravo como, por exemplo, os casos de *near miss* materno por eclâmpsia ou por hemorragia pós-parto. Tornar estes eventos mais específicos e transformá-los em indicadores de gestão do atendimento subsidiam as ações de melhoria, tornando-as mais direcionadas e efetivas. Todavia, percebeu-se que entre os indicadores de gestão das maternidades investigadas, a taxa de mortalidade e os casos de *near miss* materno e neonatal não são monitorados pelo tipo de agravo, conforme proposta da OMS, e, portanto, não houve respostas dos gestores para os itens relacionados. Isso não retira a importância e relevância dos itens, sendo estes justificados pelas evidências científicas disponíveis e recomendados pelo Painel de especialistas realizado no âmbito deste estudo.

O *near miss* materno é identificado a partir dos sinais de disfunção orgânica decorridos de condições de risco de vida ou resultado materno grave (*near miss* + óbito materno) durante a gravidez, parto e puerpério. A importância de monitorar estes eventos reside no fato de que quase todos os *near miss* evoluem para casos de morte materna e neonatal, devendo as maternidades estarem preparadas para lidar com estes eventos (OMONA; BABIRYE, 2023).

Em relação aos protocolos e políticas, as maternidades afirmam ter a maioria destes documentos escritos, disponíveis e atualizados. Os protocolos são ferramentas baseadas em evidências, construídos com vista a reduzir a variabilidade clínica e padronizar a prestação do cuidado, disponibilizando orientações aos profissionais quanto às possíveis condutas e encaminhamentos (HEYMAN, 1994). Deste modo, contribui para aumentar a qualidade e segurança dos pacientes, mitigando os riscos e reduzindo as chances de incidentes.

Percebeu-se que não houve tanta variância em relação à existência de alguns protocolos, isso porque as maternidades estão sob a mesma gestão municipal, sendo esta responsável pela construção e disponibilização destes documentos. No geral, os protocolos estão orientados para subsidiar os profissionais de saúde no desenvolvimento da prática clínica em circunstâncias específicas, com vista a evitar a morte materna ou neonatal, como é o caso dos protocolos que orientam a ressuscitação cardiopulmonar, o manejo da sepse, da pré-eclâmpsia e da hemorragia pós-parto.

Alguns outros protocolos como, por exemplo, àqueles que orientam sobre procedimentos para lidar com casos de violação do direito e situações de violência das mulheres, não foram verificados nas maternidades. Esta informação coincide com o relato dos profissionais de saúde que afirmam não ser orientados sobre os mecanismos institucionais para lidar com os casos de violência. No entanto, a violência contra mulheres grávidas, que



ocorrem dentro ou fora da instituição, crescem cada vez mais, tornando-se um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos (AL-KHUSHAYBAN *et al.*, 2023). É importante que os gestores estejam munidos dos procedimentos cabíveis que deverão ser observados, com vista a preservar o direito da mulher e, assim, proporcionar boas experiências de parto.

Da mesma forma, não parece ser comum, protocolos construídos para a garantia da comunicação efetiva no âmbito das maternidades, confluindo com os dados oriundos das entrevistas dos profissionais, que afirmam não terem sido treinados para a comunicação efetiva. Embora seja uma das metas internacionais recomendadas e perseguidas pelos estabelecimentos de saúde, as barreiras e facilitadores para que a comunicação efetiva ocorra dependerão não somente das características da população que busca o atendimento como também do desenvolvimento de habilidades da comunicação pelos profissionais de saúde.

A má comunicação é um dos determinantes dos resultados adversos evitáveis no atendimento materno e neonatal. Enquanto a comunicação efetiva é condição *sine qua non* para a oferta de cuidados centrados no paciente, seguros e de qualidade (SAEED *et al.*, 2022). Deste modo, com base nas recomendações científicas e reconhecendo a sua importância para a melhoria dos processos de atendimento à mulher e ao recém-nascido nas maternidades, sugere-se manter o item no escopo do instrumento de avaliação.

O item referente à existência e disponibilidade de protocolos que orienta sobre os procedimentos para o registro de manifestação dos cidadãos “soou” estranho para os gestores. Talvez, porque há uma maior familiaridade dos gestores com protocolos clínicos e menos com aqueles voltados à organização e gestão das ações e estabelecimento de rotinas no âmbito da unidade. Diferente dos protocolos clínicos, os protocolos de organização de serviços são ferramentas construídas com o objetivo de organizar o trabalho e os fluxos administrativos na unidade, sempre consonantes à proposta de serviços em rede (WERNECK *et al.*, 2010). Estes protocolos influenciam diretamente as práticas, ao passo que estão voltados indiretamente para o manejo clínico de uma condição de saúde, em uma situação circunscrita.

Em relação à disponibilidade de uma cartilha informativa sobre as boas práticas de atenção ao parto para mulheres e acompanhantes, verificou-se que nenhuma maternidade possui material elaborado. Possivelmente, devido ao fato destas orientações serem concedidas ao casal, somente durante o pré-natal, que acontece nas Unidades de Atenção Primária. No entanto, o incentivo à participação do acompanhante e as orientações sobre o seu papel durante o trabalho de parto e parto devem ser disponibilizadas de forma contínua e reforçadas em todos os espaços e momentos do ciclo gravídico-puerperal. A presença de um

acompanhante (de escolha da mulher) para apoiar o processo de nascimento é um componente crítico de cuidados maternos e neonatais de boa qualidade (WILSON *et al.*, 2022).

Um estudo de métodos mistos teve como objetivo descrever as perspectivas e experiências das mulheres, parceiros e profissionais de saúde em relação à figura do acompanhante no trabalho de parto, e evidenciou o quanto é necessário haver um preparo prévio deste acompanhante para o processo de nascimento. Foi observado, por exemplo, que alguns não sabem como ajudar a sua parceira ou familiar, maltratam as mulheres e não toleram assistir o trabalho de parto e parto (WILSON *et al.*, 2022). Isso demonstra o quanto é essencial as unidades de saúde estarem aptas e estabelecer estratégias para o acolhimento dos parceiros e familiares. Ao mesmo tempo, ratifica a importância de manter este item no escopo do instrumento.

Sobre a infraestrutura física e organizacional, não houve variação de respostas entre as maternidades. Indaga-se sobre a real pertinência e relevância de manter todos os itens relacionados à infraestrutura no escopo do instrumento, ainda que se reconheça a sua importância para a oferta de um cuidado seguro e de qualidade. Tornam-se necessárias novas aplicações do instrumento, pois evidências afirmam sobre as disparidades regionais e o quanto estas podem impactar nos desfechos maternos e neonatais no país (THEME FILHA *et al.*, 2022).

Outro elemento importante é que a aplicação de alguns itens não são coerentes com o perfil de algumas maternidades, como por exemplo, a existência de leitos de Terapia Intensiva para mulheres (UTI materna). No Brasil, por exemplo, estes leitos só existem em maternidades classificadas como de alto risco, perdendo a sua relevância quando aplicado para as maternidades de baixo risco. É importante que esta ponderação seja considerada em estudos multicêntricos futuros, caso haja nova aplicação dos instrumentos.

Em relação aos itens de processo e resultado recomendados pela OMS, constatou-se que a grande maioria não são indicadores monitorados pelas maternidades municipais incluídas no estudo. Provavelmente, pela dificuldade de registrar adequadamente os dados produzidos, tendo em vista que todas as unidades entrevistadas não possuem Registro Eletrônico de Saúde, também caracterizado como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), para gerenciá-los. O registro eletrônico reúne os dados de interesse para o gestor, relacionados à assistência realizada pelo profissional, permitindo a emissão de relatórios que subsidiam à tomada de decisão, o planejamento e a implementação de políticas públicas (TOLEDO *et al.*, 2021).

Sabe-se que há um esforço crescente do Ministério da Saúde para implantar o PEP em

todos os serviços públicos do território nacional (TOLEDO *et al.*, 2021). No entanto, os desafios são inúmeros e, dependendo da localidade, podem estar relacionados à estrutura e outros aspectos como a ausência de habilidades dos profissionais no manuseio de sistemas de informação, por exemplo (CALHEIROS; ARAÚJO, 2022).

Observou-se que apenas 02 itens relacionados ao manejo de complicações obstétricas (mulheres com pré-eclâmpsia que utilizaram Sulfato de Magnésio; e mulheres em trabalho de parto prematuro que fizeram uso de corticoiterapia) são monitorados pelas maternidades investigadas. Não foi observado o monitoramento, por exemplo, de itens referentes à condução terapêutica da hemorragia pós-parto - segunda causa de mortalidade materna no Brasil - e ruptura de membrana no pré-termo. Tendo em vista que a medição do desempenho apoia a melhoria e a responsabilidade no âmbito institucional (SATURNO-HERNANDEZ *et al.*, 2019), é importante que itens de avaliação relacionados ao processo de atendimento (ou condução terapêutica) à mulher e ao recém-nascido sejam incorporados no escopo de indicadores das maternidades. Evidências apontam que apesar de haver uma abundância de indicadores para monitorar a qualidade do cuidado na gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido, ainda assim não são suficientes para cobrir todos os aspectos esperados do *continuum* do atendimento (SATURNO-HERNANDEZ *et al.*, 2019).

Em relação aos itens que medem a proporção de mulheres internadas por complicações obstétricas, apenas 01 é utilizado pelas unidades para monitorar os casos de mulheres que internam com pré-eclâmpsia. A complicação ou morbidade materna é um importante indicador de saúde que deve ser considerado pelos gestores, a fim de melhorar o atendimento durante a gestação, parto e puerpério. Estima-se que para cada óbito materno, 20 a 30 mulheres apresentaram algum tipo de complicação materna (MOURA *et al.*, 2018). Ademais, o número de mulheres que internam por complicações obstétricas pode indicar falhas no manejo do pré-natal.

Um estudo realizado no Estado de São Paulo teve como objetivo identificar as internações em hospitais públicos por complicações obstétricas, a partir dos sistemas de informação Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Verificou-se que as infecções, as doenças hipertensivas, a Diabetes Mellitus, e a Hemorragia Pós-parto, respectivamente, estão entre as principais causas de internação por complicações obstétricas (MOURA *et al.*, 2018). Esses dados podem variar de um local para o outro, dependendo de aspectos que derivam desde as características socioeconômicas da mulher até o acesso da gestante a um pré-natal de qualidade. Deste modo, é importante que os gestores incorporem na gestão mais itens de avaliação relacionados à morbidade ou complicações maternas, a fim

de identificar lacunas no processo de atendimento desta mulher na rede, deste o pré-natal até o puerpério.

Quanto aos itens referentes à gestão da Rede de Serviços, as maternidades do estudo não monitoram indicadores relacionados ao número de encaminhamentos de mulheres e recém-nascidos, por exemplo. Talvez, porque os gestores e profissionais de saúde ficam incumbidos somente da identificação e solicitação, enquanto o encaminhamento é regulado por um sistema centralizado de regulação. Isso não retira do item a sua importância, tendo em vista que o número de mulheres e recém-nascidos encaminhados subsidia o gestor no planejamento e organização do serviço no âmbito da sua unidade e do território adscrito, bem como o reconhecimento do perfil de risco da população de mulheres atendidas. Além disso, o número de encaminhamentos pode dar indícios sobre as condições de infraestrutura dos serviços no atendimento materno e neonatal, tendo a gestão um papel importante nesta articulação.

Para corroborar com esta discussão, cita-se o Modelo Teórico “*Three Delays Model*”, proposto na década de 90, que baseia-se na identificação de fatores que impedem a oferta de um atendimento de qualidade. Estes fatores estão baseados em evidências científicas e são agrupados em três perspectivas de atrasos: 1- atraso na decisão de procurar atendimento; 2- atraso para chegar ao serviço para recebimento dos cuidados; 3- atraso no recebimento de cuidados adequados na chegada ao serviço (THADDEUS; MAINE, 1994). Pode-se dizer que o monitoramento do número de casos encaminhados pelas unidades e os respectivos desfechos decorrentes deste processo é essencial para traçar ações de melhoria nos sistemas de encaminhamento (THADDEUS; MAINE, 1994).

As taxas de mortalidade materna, perinatal e fetal são indicadores recomendados nacionalmente e expressam as condições socioeconômicas de uma população, a qualidade do acompanhamento pré-natal no âmbito de um território, e a atenção ao trabalho de parto e parto. A ocorrência destas mortes são eventos sentinelas e um importante marcador da qualidade da atenção (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2020). Deste modo, este item é importante nos processos de avaliação de serviços de saúde. Recomenda-se, portanto, torná-los ainda mais específicos, monitorando-os por grupo de causas. As causas dos óbitos são levantadas a partir da sua investigação e tratativa, realizada pelos Comitês de Mortalidade Materno- infantil. Expressar os dados oriundos deste processo de investigação em termos de indicadores de resultado é fundamental para direcionar as ações de melhorias na instituição de saúde.

No Brasil, a sepse materna constitui a 3ª causa de morte e destaca-se entre as

principais causas de morbidade materna (FIOCRUZ, 2022). Dada a sua relevância no âmbito da saúde pública, o monitoramento dos itens relacionados a este evento propicia aos gestores uma maior sustentação no planejamento das ações de melhoria do atendimento, com vista a prevenir a sua ocorrência. Tais ações incorporam o preparo técnico dos profissionais na identificação da mulher com maior risco de desenvolver complicações relacionadas a um quadro infeccioso, no diagnóstico e manejo clínico oportuno da sepse. Além disso, os dados oriundos de um monitoramento contínuo da sepse materna podem indicar a qualidade das ações desenvolvidas ainda no pré-natal (exames, controle de complicações, imunização) e a capacidade da equipe manejar quadros infecciosos (FIOCRUZ, 2022).

Do mesmo modo, a sepse neonatal representa uma das principais causas de morte no Brasil, correspondente a 80% dos óbitos de recém-nascidos. Destes, 80% ocorrem em recém-nascidos pré-termo e de baixo peso (KALE; FONSECA, 2022), sendo a prematuridade um fator de risco adicional. Foi observado que os desfechos neonatais por sepse (óbitos e morbidades) não incorporam os itens de avaliação das maternidades investigadas. Os dados epidemiológicos produzidos mundialmente, que caracterizam os quadros infecciosos em recém-nascidos como um importante problema de saúde pública, responsáveis por 27,5% dos óbitos neonatais (CAMARGO; CALDAS; MARBA, 2021), exigem dos gestores uma resposta sanitária rápida e efetiva, em prol da mitigação de riscos e redução destes eventos no país. O uso dos itens de avaliação relacionados à sepse neonatal possibilita o acompanhamento sistemático deste evento, assim como ações de melhoria subsidiadas por evidências epidemiológicas oriundas do atendimento neonatal.

Verificou-se que alguns outros itens propostos pela OMS não são específicos para o atendimento materno e neonatal e nem por isso deixam de ser essenciais para a produção de cuidados de qualidade, como por exemplo, a proporção de profissionais habilitados e tecnicamente qualificados, a adesão aos padrões de biossegurança na administração de medicamentos parenterais, e a taxa de adesão à higienização das mãos. Trata-se de itens transversais e que precisam ser considerados no escopo de critérios para avaliação de serviços de qualidade. Presume-se que sem profissionais tecnicamente qualificados não é possível reduzir o número de mortes maternas e neonatais; sem padrões de biossegurança na administração de medicamentos parenterais, é provável que o número de morbidades produzido por quadros infecciosos predomine; e a não adesão à higienização das mãos pelos profissionais contribuirá para o predomínio da sepse como a terceira causa de morte no país.

Em suma, é importante incluir e/ ou fortalecer nas pautas das agendas de discussão, o diálogo sobre melhoria da qualidade do cuidado materno e neonatal no Brasil, tendo em vista

a sua amplitude e os diversos elementos que precisam ser considerados para a sua garantia. Tais elementos são transversais à atenção e precisam ser, de alguma maneira, transpostos para essa discussão tão nobre e de relevância sanitária, que é a oferta de um atendimento materno e neonatal seguro e de qualidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, as etapas metodológicas desenvolvidas no estudo mostraram o quanto se precisa avançar na construção e uso de indicadores cientificamente validados, voltados para a melhoria da atenção materno e neonatal. Ainda que atualmente haja um escopo ampliado de indicadores disponíveis, percebeu-se que o conjunto existente não contempla todos os elementos necessários para julgar a produção do cuidado materno e neonatal como sendo de qualidade. Foi notório, por exemplo, a ausência de itens que verificam a notificação do *near miss* materno e neonatal, o manejo e condução terapêutica das complicações obstétricas, a qualificação profissional, a gestão da rede de serviços e o acesso oportuno, dentre outros itens transversais e necessários para a prestação de um cuidado seguro e de qualidade.

Os itens propostos no modelo teórico “*Standards for improving quality of maternal and newborn care in Health Facilities*”, quando adaptados ao contexto, ajustados e selecionados por especialistas, podem ser um bom ponto de partida para complementar o escopo de indicadores já utilizados pelas maternidades e, dessa forma, contribuir para o fortalecimento de um sistema de monitoramento robusto e abrangente. De igual modo, o conjunto de recomendações intraparto e de cuidados pós-natal, publicado recentemente pela OMS, atualiza e complementa o conjunto de itens, sugerindo a exclusão e/ou adição de novas recomendações.

Em relação à aplicação do instrumento, notou-se limitações metodológicas, caracterizadas pela ausência de uma estrutura adequada e metodologias específicas, capazes de subsidiar a coleta e monitoramento dos dados. Além disso, verificou-se que o modelo teórico proposto pela OMS, apresenta divergências conceituais, no que tange à definição e classificação dos itens em estrutura, processo e resultado, o que não desvalorizou a relevância do conjunto para a avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal. Todavia, é importante destacar a necessidade de empreender esforços no sentido de contribuir para revisão do modelo, no que se refere à classificação dos itens de avaliação, com base no conhecimento teórico já existente.

Quanto aos itens que não apresentaram variabilidade de respostas, deve-se questionar a sua permanência nos instrumentos, apesar de terem sido recomendados por especialistas e possuírem relevância científica comprovada. Estes itens podem indicar pouco poder de discriminação de eventos, e ter pouca contribuição na investigação da qualidade do cuidado materno e neonatal nas maternidades brasileiras.

Em relação aos itens relacionados à satisfação com o trabalho (D3.R.02, D6.R.03), que

constam no instrumento aplicado aos profissionais de saúde, tiveram cargas fatoriais limítrofes, carregando no fator três cargas de maior valor, mas também com cargas cruzadas nos demais fatores. Por se tratar de uma pergunta muito genérica, não relacionado diretamente à assistência obstétrica, talvez seja coerente e oportuno propor a sua retirada em uma nova aplicação do instrumento.

Uma outra limitação do estudo foi a dificuldade de aplicar os instrumentos em realidades distintas, sendo os questionários utilizados com gestores, profissionais de saúde e puérperas atendidas em maternidades da rede pública municipal. Portanto, não foi possível observar variabilidade nas respostas, o que não quer dizer que os dados coletados não apresentaram confiabilidade. Sendo assim, é necessário a reprodutibilidade dos itens em outras populações e situações para observar o comportamento dos instrumentos e consolidar o seu uso no Brasil.

De um modo geral, o estudo possibilitou conhecer um conjunto de itens úteis e cientificamente validados que podem ser utilizados por pesquisadores no desenvolvimento de pesquisas, e por gestores de maternidades no nível local para avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília: ANVISA, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras\\_2021\\_2025.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

AL-KHUSHAYBAN, F. *et al.* The prevalence of violence against women during pregnancy and after delivery in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Cureus**, San Francisco, v. 14, n. 6, p. 1-11, 2022. DOI: 10.7759/cureus.26417.

AROUCA, S. Saúde é democracia. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAde-%C3%A9-democracia>. Acesso em: 22 nov. 2022.

AYAZ, O.; ISMAIL, F. W. Healthcare simulation: a key to the future of medical education – a review. **Advances in Medical Education and Practice**, United Kingdom, v. 13, p. 301-308, Apr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S353777>.

BANKE-THOMAS, A. *et al.* Travel of pregnant women in emergency situations to hospital and maternal mortality in Lagos, Nigeria: a retrospective cohort study. **BMJ Global Health**, London, v. 7, n. 4, p. 1-16, Apr. 2022. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008604.

BAKKER, W. *et al.* Management of prolonged first stage of labour in a low-resource setting: lessons learnt from rural Malawi. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 21, p.1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03856-9>.

BARRET, D.; HEALE, R. What are Delphi studies? **BMJ Evidence Based Nursing**, London, v. 23, n. 3, p. 68-69, July 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>.

BASHOUR, H. N. *et al.* The effect of training doctors in communication skills on women's satisfaction with doctor–woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomised trial in Damascus. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 8, p. 1-11, Aug. 2013. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002674.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014.

BERNARDINO, F. B. S. *et al.* Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 567-578, jan. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232022272.41192020.

BERWICK, D.; FOX, D. M. Evaluating the quality of medical care: Donabedian's classic article 50 years later. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 94, n. 2, p. 237-241, June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>.

BEVILACQUA, C. R.; KILIAN, C. K. Tradução e terminologia: relações necessárias e a formação do tradutor. **Revista Domínios de Lingu@gem**, Uberlândia, v. 11, n. 5, p. 1707-1726, abr. 2017. DOI: 10.14393/DL32-v11n5a2017-17.

BLUMENTHAL, D. Quality of healthcare. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 335, n. 12, p. 891-894, 1996. DOI: 10.1056/NEJM199609193351213.

BOURGUIGNON, A. M.; HARTZ, Z.; MOREIRA, D. Vigilância Sanitária e segurança da atenção materna e neonatal: proposta de modelo lógico. **Revista Vigilância Sanitária em Debate**, v.8, n.4, p.65-73, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01657>.

BRAGA, M. F. *et al.* Values and challenges in rapid prototyping of global health policies. **Design Research Society**, Bilbao, n. 3, June 2022. DOI: <https://doi.org/10.21606/drs.2022.641>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGIAE/DASNT/SVS). **Boletim Epidemiológico**: mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019, v. 59, n. 29, ago. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_29.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf). Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_ouvidoria\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acesso em: 08 mar. 2023.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002.

BRIZUELA, V. *et al.* Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. **The Lancet**, v. 1, n. 5, p. 624-632, Mar. 2019. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30033-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30033-6).

BYRD, T. E.; INGRAM, L. A.; OKPARA, N. Examination of maternal near-miss experiences in the hospital setting among Black women in the United States. **Women's Health**, London, v. 18, p. 1-16, Jan. 2022. DOI: [10.1177/17455057221133830](https://doi.org/10.1177/17455057221133830).

CALHEIROS, M. I. F; ARAUJO, N. C. Importância dos registros informacionais no prontuário eletrônico da unidade de atenção à saúde da criança e adolescente em um hospital de ensino e assistência. **Biblos**: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação, Rio Grande, v. 36, n. 01, p. 238-263, 2022. DOI: <https://doi.org/10.14295/biblos.v36i1.14037>.

CAMARGO, J. F.; CALDAS, J. P. S.; MARBA, S. T. M. Sepsis neonatal precoce: prevalência, complicações e desfechos em recém-nascidos com 35 semanas ou mais de idade gestacional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 40, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020388>.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, Ontario, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. DOI: [10.1016/s0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00057-5).

CARVALHO, C. O. M. *et al.* Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 216-222, dez. 2004. Disponível em: [https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn\\_v26n4a05.pdf](https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a05.pdf). Acesso em: 18 jan. 2023.

CHHABRA, P. Maternal near miss: an indicator for maternal health and maternal care. **Indian Journal of Community Medicine**, India, v. 39, n. 3, p. 132-137, 2014. DOI: [10.4103/0970-0218.137145](https://doi.org/10.4103/0970-0218.137145).

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medidas na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

CHRYSANTINA, A.; SÆBØ, J. S.; KAASBØLL, J. J. Introducing online training for health staff: An institutional perspective. **The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries**, [s. l.], v. 88, n. 6, p. 1-14, 2022. DOI: [10.1002/isd2.12233](https://doi.org/10.1002/isd2.12233).

CREPINSEK, M. *et al.* A global review of the inferred meaning of woman centred care within midwifery professional standards. **Women and Birth**, Australia, v. 36, n. 1, p. 99-105, Feb. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.001>.

CUMMINS, A.; SYMON, A. Transforming the quality maternal newborn care framework into an index to measure the quality of maternity care. **Birth Issues in Perinatal Care**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 192-204, Mar. 2023. DOI: [10.1111/birt.12694](https://doi.org/10.1111/birt.12694).

CUTAJAR, L. *et al.* Model of care matters: an integrative review. **Women and Birth**, Australia, v. 36, n. 4, p. 315-326, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.007>.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p.1-13, 2022. DOI: [10.1590/0102-311xpt073621](https://doi.org/10.1590/0102-311xpt073621).

DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados de pesquisa nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 169-181, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00154213>.

DIXON-WOODS, M. How to improve healthcare improvement—an essay by mary dixon-woods. **The BMJ**, Cambridge, v. 367, Oct. 2019. DOI: 10.1136/bmj.15514.

DODD-REYNOLDS, C. *et al.* Prototyping for public health in a local context: a streamlined evaluation of a community-based weight management programme (Momenta), Northumberland, UK. **BMJ Open**, London, v. 9, p.1-11, 2019. DOI:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029718.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, London, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, May 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

DONABEDIAN, A. Evaluation the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: HealthAdministration Press, 1980. v. 1.

ERI, T. S. *et al.* Models for midwifery care: a mapping review. **European Journal of Midwifery**, Heraklion, Greece, v. 4, July 2020. DOI: 10.18332/ejm/124110.

FIROOZANIA, R. *et al.* Developing an evaluation model for maternity care: a mixed-method study from Iran. **Iran Journal PublicHealth**, Iran, v. 51, n. 1, p. 160-171, Jan. 2021. DOI: 10.18502/ijph.v51i1.8307.

FONSECA, J. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 45, n. 130, p. 590-602, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113003.

FORERO, C. G.; MAYDEU-OLIVARES, A.; GALLARDO-PUJOL, D. Factor analysis with ordinal indicators: a Monte Carlo study comparing DWLS and ULS estimation. **Structural Equation Modeling**: a Multidisciplinary Journal, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 625-641, 2009. DOI: https://doi.org/10.1080/10705510903203573.

FRANÇA, K. E. X. *et al.* Near miss neonatal em hospitais de referência para gestação e parto de alto risco: estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, p. 1-13, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00196220.

FREITAS, D. A. K. *et al.* Determinantes para a interrupção do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 40, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021096.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Principais Questões sobre Intervenções na Sepse Materna. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, IFF**, Rio de Janeiro, 08 abr. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-na-sepse-materna/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, United Kingdom, v. 10, n. 13, Feb. 2010. DOI: 10.1186/1471-2288-10-13.

HABTE, A. *et al.* Determinants of neonatal near miss among neonates admitted to public hospitals in Southern Ethiopia, 2021: a case-control study. **Plos One**, Ethiopia, v. 17, n. 5, May 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268041>.

HÄRDLE, W. *et al.* **Applied multivariate statistical analysis**. Berlin: Springer, 2015.

HANNAWA, A. F. *et al.* The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: a qualitative study. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 105, p. 1561-1570, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.016>.

HENRIQUES, T. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. **Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro**, Rio de Janeiro, p.1-4, fev. 2021. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 12 out. 2022.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 7, n. 4, p. 323-335, May 1998. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1024985930536>.

HEYMAN, T. Clinical protocols are key to quality health care delivery. **International Journal Health Care Quality Assurance**, v. 7, n. 7, p. 14-17, 1994. DOI: 10.1108/09526869410074702.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.

HUNER, B. *et al.* Reducing preventable adverse events in obstetrics by improving interprofessional communication skills – Results of an intervention study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1-13, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05304-8>.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide**. Washington, DC: The National Academies Press, 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Cadernos ODS 3**: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil. Brasília: IPEA, 2019. Disponível:[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos\\_ODS\\_Objetivo\\_3\\_Asegurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetivo_3_Asegurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf). Acesso em: 12 out. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS**: metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável proposta de adequação. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8636>. Acesso em: 12 out. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Gestão da qualidade**: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Brasília: IPEA, 1996. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0397.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf). Acesso em: 12 out. 2022.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Mortalidade neonatal específica por idade e fatores associados na coorte de nascidos vivos em 2021, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-9, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220038.2>.

KRIJGSHELD, M.; TUMMERS, L. G.; SCHEEPERS, F. E. Job performance in healthcare: a systematic review. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 22, n. 149, p. 1-17, 2022. DOI: [10.1186/s12913-021-07357-5](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07357-5).

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>.

LLORET-SEGURA, S. *et al.* El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. **Anales de Psicología**, Murcia, España, v. 30, n. 3, p. 1151-1169, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.

MAIA, A. C. M. S. B. *et al.* Programa Cegonha Carioca: contratualização do serviço por organização social. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239431>,

MAPUTLE, S. M. A woman-centred childbirth model. **Journal of Interdisciplinary Health Science**, [s. l.], v. 15, n. 1, p.1-8, June 2010. DOI: [10.4102/hsag.v15i1.450](https://doi.org/10.4102/hsag.v15i1.450).

MARDIA, K. V. Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. **Biometrika**, United Kingdom, v. 57, n. 3, p. 519-530, 1970. DOI: <https://doi.org/10.1093/biomet/57.3.519>.

MARINHO, C. S. R. *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 1-14, mar. 2020. DOI: [10.1590/0102-311X00191219](https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219).

MARTINS, B. G. *et al.* Escala de depressão, ansiedade e estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 32-41, 2019. DOI: 10.1590/0047-2085000000284.

MEDEIROS, P. B. *et al.* Neonatal near miss: A review of current definitions and the need for standardisation. **Australian and New Zealand Journal of Obstetric Gynaecologic**, Australia, v. 62, n. 3, p. 358-363, June 2022. DOI: 10.1111/ajo.13493.

MENA-TUDELA, D. *et al.* Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. **Women and Birth**, Australia, v. 36, n. 2, p. 219-226, Mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>.

MILTENBURG, A. S. *et al.* Towards renewed commitment to prevent maternal mortality and morbidity: learning from 30 years of maternal health priorities. **Sexual and Reproductive Health Matters**, [s. l.], v. 31, n. 1, p.1-11, Mar. 2023. DOI: 10.1080/26410397.2023.2174245.

MIRZOEV, T.; KANE, S. Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities – what can we learn from the existing literature? **Global Health Action**, Sweden, v. 11, n. 1, p. 1-14, Apr. 2018. DOI: 10.1080/16549716.2018.1458938.

MIZZI, R.; PARANSCANDALO, R. P. First-time couples' shared experiences of the birth environment. **European Journal of Midwifery**, Heraklion, Greece, v. 6, n. 64, p. 1-9, Oct. 2022. DOI:10.18332/ejm/153946.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, nov. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.10752021.

MOURA, B. L. A. *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p.1-13, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00188016.

NICOLOTTI, C. A.; LACERDA, J. T. Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 999-1014, out. 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213504.

NOBREGA, A. A. *et al.* Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p.1-13, jan. 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00003121.

OLIVEIRA, R. S.; PERALTA, N.; SOUZA, M. J. S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 79-100, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/01984-6487.sess.2019.33.05.a>.



OMONA, K.; BABIRYE, D. Maternal near misses (MNM) and their determinants among women who sought obstetric care from fort portal regional referral hospital, Western Uganda. **Cogent Public Health**, [s. l.], v. 10, p.1-36, 2023. DOI:<https://doi.org/10.1080/27707571.2022.2157996>.

ORCAN, F. Exploratory and confirmatory factor analysis: which one to use first. **Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology**, Turkey, v. 9, n. 4, p. 414-421, Sept. 2018. DOI: [10.21031/epod.394323](https://doi.org/10.21031/epod.394323).

ORELLANA, J. *et al.* Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. **Plos One**, San Francisco, v. 17, n. 10, p. 1-15, Oct. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>.

PARKER, G. *et al.* Using theories and frameworks to understand how to reduce low-value healthcare: a scoping review. **Implementation Science**, [s. l.], v. 17, n. 6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01177-1>.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 1-20, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PEK, Z.; HEIL, E.; WILSON, E. Getting with the times: a review of peripartum infections and proposed modernized treatment regimens. **Open Forum Infectious Diseases**, Baltimore, v. 9, n. 9, p.1-8, Sept. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac460>.

PESSOA, D. G. C.; SILVA, N. P. L. **Análise de dados amostrais complexos**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 1998.

PILEGGI-CASTRO, C. *et al.* Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. **International Journal of Obstetrics na Gynaecologists**, Ribeirão Preto, v. 121, n. 1, dez. 2014. DOI: [10.1111/1471-0528.12637](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12637).

THE R FOUNDATION. **R**: a language and environment for statistical computing. [S. l.: s. n.], 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2022-2025**. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2022. Disponível em:[https://www.rio.rj.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216](https://www.rio.rj.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216). Acesso em: 20 maio 2022.

RAYMENT-JONES, H. *et al.* Project20: maternity care mechanisms that improve access and engagement for women with social risk factors in the UK – a mixed-methods, realist evaluation. **BMJ Open**, London, v. 13, n. 2 p. 1-16, Feb. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064291>.

REICHENHEIM, M. E.; BASTOS, J. L. O quê, para quê e como? Desenvolvendo instrumentos de aferição em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 40, p. 1-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002813>.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 131-148, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200004>.

REVELLE, W. Package psych. **The Comprehensive R Archive Network**, [s. l.], v. 337, p. 338, 2015. Disponível em: <https://scholar.google.com/citations?user=293jbW0AAAAAJ&hl=pt-BR>. Acesso em: 12 jan. 2023.

RHEMTULLA, M.; BROSSEAU-LIARD, P. É.; SAVALEI, V. When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. **Psychological Methods**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 354, 2012. DOI: 10.1037/a0029315.

ROGERS, P. Melhores práticas para sua análise fatorial exploratória: tutorial no Factor. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 26, n. 6, p.1-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210085.por>

ROSSEEL, Y. Lavaan: an R package for structural equation modeling. **Journal of Statistical Software**, Innsbruck, Austria, v. 48, n. 2, p. 136, 2012. DOI: 10.18637/jss.v048.i02.

SAEED, G. *et al.* Barriers to and facilitators of effective communication in perinatal care: a qualitative study of the experiences of birthing people with sensory, intellectual, and/or developmental disabilities. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 22, n. 364, p. 1-13, Apr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04691-2>.

SANTOS, J. P. *et al.* Neonatal near miss: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 15, p. 1-10, 2015. DOI: 10.1186/s12884-015-0758-y.

SANTOS, M. P. S. *et al.* Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1793-1802, 2022. DOI: 10.1590/1413-8123202275.23602021.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 775-780, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.21462020.

SATURNO-HERNANDEZ, P. J. *et al.* Indicators for monitoring maternal and neonatal quality care: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 19, n. 25, p. 1-11, Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2173-2>.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, London, v. 2, n. 6, May 2014. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).

SCHANG, L.; BLOTENBERG, I.; BOYWITT, D. What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. **International Journal for Quality in Health Care**, Germany, v. 33, n. 3, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab107>.

SILVA, L. D. *et al.* Perfil epidemiológico dos óbitos fetais no Brasil entre 2015 e 2020. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 13, p. 1-9, out. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35360>.

SILVA, G. F. *et al.* Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-6, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421>.

SILVA, A. A. M. *et al.* Morbidade neonatal near miss na pesquisa nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 189-191, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129613>.

SINGATA, M.; TRANSMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, n. 8, Aug. 2013. DOI: [10.1002/14651858.CD003930.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3).

STONE, W.; LIM, W.; AZZAWI, F. AL.; KELLY, M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. **Health Trends**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 5-13, 1991.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Society Science Medicine**, v. 38, n. 8, p. 1091-1110, Apr. 1994. DOI: [10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7).

TAMBURLINI, G. *et al.* Use of a participatory quality assessment and improvement tool for maternal and neonatal hospital care. Part 1: Review of implementation features and observed quality gaps in 25 countries. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 20, p. 1-10, 2020. DOI: [10.7189/jogh.10.020433](https://doi.org/10.7189/jogh.10.020433).

TENAW, S. G. *et al.* Maternal near miss among women admitted in major private hospitals in eastern Ethiopia: a retrospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 21, n. 181, p. 1-9, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03677-w>.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Quality improvement of childbirth care (Adequate Birth Project) and the assessment of women's birth experience in Brazil: a structural equation modelling of a cross-sectional research. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 1-15, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01536-1>.

TINTORI, J. A. *et al.* Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 1-8, mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>.

TOLEDO, P. P. S. *et al.* Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da política nacional de humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>.

TOREN, O.; DOKHIN, M.; GANZ, F. D. Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. **International Journal for Quality in Health Care**, Germany, v. 33, n. 1, p. 1-7, Feb. 2021. DOI: [10.1093/intqhc/mzab031](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab031).

VILELA, M. E. A. *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 789-800, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.10642020.

VILLAR, V. C. F. L. *et al.* Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. 1-12, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT277421.

WANYENZE, E. W. *et al.* A qualitative exploratory interview study on birth companion support actions for women during childbirth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 22, n. 63, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04398-4>.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

WILSON, A. N. *et al.* Partnership-defined quality approach to companionship during labour and birth in East New Britain, Papua New Guinea: a mixed-methods study. **Plos Global Public Health**, San Francisco, v. 2, n. 2, p. 1-17, Feb. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000102>.

THE UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION. **The Sustainable Development Goals Extended Report 2022**. Geneva: UNSD, 2022. Disponível em: [https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/extended-report/Extended-Report\\_Goal-3.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/extended-report/Extended-Report_Goal-3.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/qed-quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-for-network-countries.pdf?sfvrsn=19a9f7d0\\_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/qed-quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-for-network-countries.pdf?sfvrsn=19a9f7d0_1). Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf;jsessionid=B97BC606B7AADEF6F86312FAE5506431?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=B97BC606B7AADEF6F86312FAE5506431?sequence=1). Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the World Health Organization Working Group on the Classification of Maternal Deaths and Severe Maternal Morbidities**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755324/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

**APÊNDICE A – CLASSIFICAÇÃO E RECLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE  
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL  
PROPOSTOS PELA OMS EM MEDIDAS DE ESTRUTURA, PROCESSO E  
RESULTADO**

N	Itens	Classificação OMS			Reclassificação dos itens		
		E	P	R	E	P	R
1	A proporção e todas as mulheres em enfermarias de cuidado pós parto ou áreas da unidade de saúde que tem problemas registrados de pressão arterial, pulsação, sangramento vaginal, lóquios ou amamentação	x					x
2	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo classificação de Robson	x					x
3	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que foram autorizadas a ficar com o recém-nascido 24 horas por dia	x					x
4	A proporção de todas as mulheres internadas que tiveram o diagnóstico de eclâmpsia	x					x
5	A proporção de todas as mulheres nulíparas submetidas à cesariana durante o trabalho de parto espontâneo (grupo I de Robson)	x					x
6	A proporção de mulheres que tiveram lacerações perineais de terceiro ou quarto grau	x					x
7	A proporção de todas as mulheres que apresentaram algum sinal de infecção	x					x
8	A proporção de episiotomias em partos normais espontâneos	x					x
9	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson	x					x
10	A proporção de todos os recém-nascidos que apresentaram hipotermia nas primeiras horas após o nascimento	x					x
11	A proporção de todas as mães e recém-nascidos saudáveis que receberam cuidados por pelo menos 24 horas após um parto vaginal sem complicações em uma unidade de saúde	x					x
12	A proporção de mulheres e recém-nascidos atendidos na unidade de saúde nos últimos três meses que foram encaminhados para outra unidade		x				x
13	A proporção de recém-nascidos que foram transferidos para outra unidade de saúde acompanhados por um profissional de saúde e da guia de encaminhamento preenchida		x				x
14	A proporção de todos os recém-nascidos que morreram antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde		x				x
15	A proporção de todas as gestantes que morreram antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde		x				x
16	A proporção de gestantes e recém-nascidos encaminhados sem o transporte de emergência adequado		x				x
17	A proporção de todas as mulheres e recém-nascidos encaminhados e atendidos no serviço de referência que receberam atendimento oportuno no serviço de referência		x				x
18	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter sofrido algum tipo de abuso físico ou sexual, durante o trabalho de parto ou parto ou pós parto		x				x
19	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que estavam satisfeitas com o fato da unidade atender as suas necessidades religiosas e culturais		x				x
20	A proporção de reclamações recebidas sobre respeito e preservação da dignidade da mulher e de sua família		x				x

21	A proporção de todas as mulheres que deram a luz na unidade de saúde que se sentiram adequadamente informadas pela equipe de saúde sobre as decisões tomadas sobre seus cuidados		x				x
22	A proporção de mulheres que receberam cuidados no estabelecimento de saúde que tinham conhecimento sobre o direito de aceitar ou recusar o tratamento		x				x
23	A proporção de todos os acompanhantes que ficaram satisfeitos com a orientação dada sobre seu papel durante o trabalho de parto e parto		x				x
24	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde e relataram ter recebido atenção no tempo adequado para a sua condição, conforme a política da unidade sobre triagem e tempo de espera		x				x
25	A proporção de todas as gestantes que compareceram à unidade de saúde e relataram um ambiente físico limpo		x				x
26	Proporção do quadro de profissionais de saúde tecnicamente habilitados e competentes para assistir à mulher e o recém-nascido em todos os momentos durante o trabalho de parto, parto e pós parto		x		x		
27	A proporção de profissionais que foram orientados quanto às atribuições na unidade e setor para o qual foram designados		x		x		
28	A proporção de pessoal de parto qualificado na unidade de saúde que recebeu uma descrição de trabalho por escrito na implantação da unidade		x		x		
29	O número de visitas de supervisão para dar suporte a competência clínica e melhoria do desempenho		x		x		
30	A proporção de pessoal na unidade de saúde que foram avaliados pelo menos 01 vez nos últimos 12 meses		x		x		
31	A proporção de reuniões de equipe realizadas por mês para revisar as atividades de melhoria de competências e habilidades.		x		x		
32	O número de interações por mês com mentores profissionais para garantir a competência clínica e melhorar o desempenho		x		x		
33	A proporção de todos os profissionais da unidade de saúde que estiveram envolvidos em pelo menos duas reuniões ativas da equipe de melhoria da qualidade, e participaram de atividades de melhoria da qualidade nos seis meses anteriores		x		x		
34	A proporção de todas as mortes perinatais que ocorrem na unidade de saúde e que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão		x				x
35	A proporção de todas as mortes maternas e near miss ocorridos na unidade de saúde que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão		x				x
36	A proporção de todas as mortes maternas e near miss ocorridos na unidade de saúde que foram notificados		x				x
37	Os líderes comunicam, periodicamente, a todos os funcionários o desempenho da unidade por meio de mecanismos estabelecidos para monitoramento (por exemplo, um painel de métricas chave)		x		x		
38	Frequência em que são realizadas reuniões interdisciplinares na unidade de saúde para discutir qualidade do atendimento materno e infantil		x		x		
39	Disponibilidade de medicamentos essenciais para salvar vidas (ocitocina, sulfato de magnésio, dexametasona, vitamina K, Amoxicilina, Benzilpenicilina, Gentamicina, Ceftriaxona, Metronidazol, Drogas Antimaláricas, Drogas Antirretrovirais e vacinas contra tuberculose, Hepatite B e Poliomielite).		x		x		
40	A proporção de todas as mulheres que deram a luz na unidade por cesariana na unidade de saúde que receberam transfusão de sangue			x		x	
41	A proporção de todas as mulheres que deram a luz na unidade por via vaginal na unidade de saúde que receberam transfusão de sangue			x		x	
42	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre métodos contraceptivos e intervalo interpartal antes da alta hospitalar			x		x	

43	A proporção de mulheres com ruptura de membrana pré-termo que deram à luz na unidade de saúde e que receberam antibióticos profiláticos			x		x	
44	A proporção de todos os bebês em risco de nascimento na unidade de saúde com 24 a <34 semanas de gestação que foram expostos a corticosteroides pré-natais			x		x	
45	Dados são coletados rotineiramente na unidade de saúde durante o trabalho de parto, parto e período pós natal e usados regularmente para tomar decisões sobre melhoria da qualidade			x	x		
46	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e foram adequadamente informadas pelos profissionais sobre os procedimentos e decisões tomadas durante o seu cuidado			x		x	
47	A proporção de todas as mulheres que foram comunicadas sobre o motivo da cesariana			x		x	
	A proporção de mulheres e seus recém-nascidos na unidade de saúde que foram atendidos por uma parteira qualificada (conforme a definição) durante e após o parto			x	x		

Fonte: Elaboração própria (2023).

Legenda: E-Estrutura; P-Processo; R-Resultado.



## APÊNDICE B – DIVERGÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS TRADUÇÕES DE T1 E T2

Versão original	T1	T2
<i>urine dipsticks</i>	fitas de exame de urina	tiras reagentes para análise urinária
<i>clinical protocols</i>	protocolos clínicos	protocolos
<i>Health-care staff</i>	equipe de saúde	Profissionais de saúde
<i>in-service training and regular refresher sessions</i>	formação contínua e sessões regulares de atualização	treinamentos em serviço e sessões de atualização
<i>blood pressure</i>	pressão arterial	pressão sanguínea
<i>early postpartum period</i>	período pós-parto precoce	puerpério imediato
<i>supportive supervision in routine care and detection of obstetric complications</i>	supervisão de apoio nos cuidados de rotina e detecção de complicações obstétricas	supervisão de apoio na detecção e tratamento de rotina de complicações
<i>whose urinalysis result</i>	cujo resultado da urinálise	cuja urinálise
<i>The proportion of all women admitted to the health facility in active labour</i>	A proporção de todas as mulheres admitidas na unidade de saúde em trabalho de parto ativo	A proporção de todas as mulheres internadas na unidade de saúde em fase ativa de parto
<i>supplies of sterile cord ties (or clamps)</i>	suprimentos de cordões estéreis (ou pinças)	suprimentos de grampos de cordão umbilical esterilizados (ou clamps)
<i>Births</i>	partos	nascimentos
<i>receive in-service training or regular refresher sessions in essential newborn care and breastfeeding support at least once every 12 months</i>	recebe formação contínua ou sessões regulares de atualização em cuidados essenciais ao recém-nascido e apoio à amamentação,	recebem treinamentos em serviço e sessões de atualização no cuidado essencial de recém-nascidos e no suporte ao aleitamento materno
<i>The health facility has local arrangements</i>	A unidade de saúde tem convênios locais	A unidade de saúde possui disposições locais
<i>supporting breastfeeding</i>	apoio à amamentação	suporte ao aleitamento materno/
<i>The proportion of all newborns who were breastfed</i>	A proporção de todos os recém-nascidos que foram amamentados	A proporção de todos os recém-nascidos que receberam aleitamento materno
<i>postnatal care</i>	Pós parto	Pós natal
<i>with a full explanation of the hazards of improper use</i>	com uma explicação completa dos perigos do uso inadequado	com uma explicação completa dos malefícios de seu uso impróprio
<i>all newborns in the health facility who were exclusively breastfed at the time of discharge from hospital</i>	todos os recém-nascidos na unidade de saúde que foram amamentados exclusivamente no momento da alta hospitalar	todos os recém-nascidos na unidade de saúde que receberam exclusivamente aleitamento materno até o momento de alta hospitalar
<i>The proportion of all postpartum women in the health facility who received contraception counselling on birth spacing</i>	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre contracepção, intervalo de tempo entre partos	A proporção de todas as mulheres pós-parto na unidade de saúde que receberam aconselhamento contraceptivo, de espaçamento de gravidez
<i>The health facility has written, up-to-date clinical protocols on the management of pre-eclampsia</i>	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados sobre o manejo da pré-eclâmpsia	A unidade de saúde possui protocolos escritos e atualizados para o manejo da pré-eclâmpsia
<i>severe pre-eclampsia or eclampsia</i>	pré-eclâmpsia ou eclâmpsia grave	pré-eclâmpsia ou eclâmpsia severa
<i>maternal near-misses</i>	quase acidentes maternos	near misses maternos
<i>up-to-date clinical protocols for post-partum haemorrhage management</i>	protocolos clínicos atualizados, para tratamento de hemorragia pós-parto	protocolos escritos e atualizados para o manejo de hemorragia pós-parto
<i>drugs</i>	medicamentos	drogas
<i>The health facility has the essential supplies and equipment for vacuum or forceps-assisted delivery</i>	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos essenciais para parto assistido a vácuo ou fórceps	A unidade de saúde possui suprimentos essenciais para partos com fórceps e extratores à vácuo

<i>singleton cephalic foetus</i>	feto cefálico único	gestação única de feto em posição cefálica
<i>instrumental vaginal birth</i>	parto vaginal instrumental	parto normal instrumentalizado
<i>prolonged or obstructed labour</i>	trabalho de parto prolongado ou obstruído	gravidez prolongada e/ou obstruída
<i>The health facility has a suction device</i>	A unidade de saúde dispõe de aspirador	A instalação de saúde tem um dispositivo de sucção
<i>Positive pressure ventilation with a bag-and-mask</i>	ventilação com pressão positiva com bolsa e máscara	ventilação por pressão positiva com balão e máscara
<i>women with preterm pre-labour rupture of membranes</i>	mulheres com ruptura de membranas pré-parto pré-termo	mulheres com ruptura prematura das membranas
<i>the care of small and preterm babies</i>	atendimento de bebês pequenos e prematuros	cuidado de bebê prematuros e pequenos para a idade gestacional
<i>alternative feeding</i>	alimentação alternativa	métodos alternativos de alimentação
<i>breast pumps</i>	bombas tira leite	bombas extratoras de leite
<i>syringe drivers</i>	seringas motoristas	Bombas de seringa
<i>feeding cups and spoons</i>	copos e colheres	copinho e colher dosadora
<i>low-birth-weight newborns born in the health facility who were exclusively fed on their mother's milk</i>	recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde que foram alimentados exclusivamente com leite materno	bebês com baixo peso de nascimento nascidos na unidade de saúde que foram exclusivamente alimentados com o leite de suas mães
<i>case fatality rate</i>	taxa de letalidade	taxa de letalidade dos casos
<i>severe</i>	grave	severa
<i>soap</i>	sabonete	sabão
<i>alcohol-based hand rub for hand hygiene</i>	álcool em gel para higienização das mãos	gel para a higienização das mãos à base de álcool
<i>appropriate sterilizing facilities and disinfectants</i>	instalações adequadas de esterilização e desinfecção	instalações de esterilização e desinfetantes
<i>The health facility has written, up-to-date guidelines</i>	A unidade de saúde escreveu diretrizes atualizadas	A unidade de saúde possui protocolos escritos e atualizados
<i>audit tool WHO</i>	Ferramenta de auditoria da OMS	Ferramenta de auditoria da OMS *A palavra auditoria foi omitida
<i>Safe management</i>	Gestão segura	Manejo seguro
<i>who had proven hospital-acquired infections</i>	Que tiveram infecções hospitalares comprovadas	Que tiveram provavelmente infecções adquiridas no hospital
<i>The health facility does not display infant formula or bottles and teats</i>	A unidade de saúde não exibe fórmula infantil ou mamadeiras e bicos	A unidade de saúde não exibe fórmulas infantis ou mamadeiras *A palavra bico foi omitida.
<i>breastfeeding babies</i>	Bebês amamentados	bebês lactantes
<i>who received routine enemas</i>	que receberam enemas de rotina	que receberam clisteres rotineiros
<i>clinical charts</i>	prontuários clínicos	gráficos clínicos
<i>birth outcomes</i>	Desfechos de nascimento	Resultados de parto
<i>The health facility has local arrangements</i>	A unidade de saúde tem convênios locais	A unidade de saúde possui disposições locais
<i>health education materials</i>	Materiais de educação em saúde	Materiais de educação sanitária
<i>clear goals</i>	Metas claras	Objetivos claros
<i>birth spacing</i>	intervalo de tempo entre partos	Espaçamento de gravidez
<i>active listening</i>	ouvir ativamente	Escuta ativa
<i>written hand-over</i>	entrega por escrito	passagem de plantão escrita
<i>the mothers of small, sick newborns can be close to and nurse their babies</i>	mães de recém-nascidos pequenos e doentes podem estar perto e amamentar seus bebês.	mães de recém-nascidos doentes e pequenos para idade gestacional podem ficar perto e cuidar de seus bebês. *O verbo amamentar foi omitido

**APÊNDICE C – ANÁLISE DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA DOS ITENS, A VERSÃO SÍNTESE TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS E A  
VERSÃO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS**

Componente: Estrutura (E)					
Cod	Versão original	Versão Síntese traduzida (T1+T2)	Versão painel de especialista	Análise técnica dos especialistas	Versão do instrumento
D1.E.01	The health facility has the basic essential equipment and supplies for routine care and detection of complications	A unidade de saúde possui os equipamentos e suprimentos essenciais básicos para cuidados de rotina e detecção de complicações (termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópios fetais, tiras reagentes para análise urinária), disponíveis e em quantidades suficientes em todos os momentos nas áreas da <b>unidade</b> de maternidade para trabalho de parto e parto	A unidade de saúde possui equipamentos e suprimentos básicos essenciais para o cuidado de rotina e detecção de complicações (termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópios fetais, fitas de exame de urina) disponíveis em quantidade suficiente a todo o momento <b>nas áreas da maternidade</b> para trabalho de parto e parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. É importante tornar o indicador mais específico, considerando que a disposição dos equipamentos e suprimentos podem ser diferentes dependendo do setor da maternidade. É importante verificar a legislação brasileira quanto aos equipamentos mínimos necessários em uma maternidade.	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário: termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópio clínico, sonar fetal, fitas para exames de urina, maca/cama para exames nas áreas de trabalho de parto e parto
D1.E.02	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for assessing intrapartum care and action in the labour and childbirth areas of the maternity unit that are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde elaborou protocolos clínicos atualizados, para avaliar o cuidado e a ação intraparto nas áreas de trabalho de parto e parto da unidade de maternidade, consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde <b>possui</b> protocolos escritos, disponíveis e atualizados para orientar os profissionais sobre as condutas <b>durante o trabalho de parto</b> de acordo com as diretrizes estabelecidas <b>do Ministério da Saúde.</b>	<b>Recomendação:</b> Os protocolos são documentos necessários para conduzir a equipe de saúde na tomada de decisões referentes a condutas e procedimentos em determinada situação de saúde. O grupo fez uma crítica ao vocabulário avaliar, pois os protocolos são escritos para subsidiar a prática profissional. É importante que a maternidade estabeleça recomendações sistemáticas que serão utilizadas por todos os profissionais no manejo do trabalho de parto. Foi sugerido tornar o item mais específico, sinalizando para a construção de um protocolo orientado para sistematizar condutas frente ao trabalho de parto de risco e risco habitual, dada as suas especificidades.	A unidade de saúde possui protocolo escrito, disponível e atualizado que orienta sobre as condutas durante o trabalho de parto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.
D1.E.03	Health-care staff in the labour and childbirth areas of the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions at least once every	Profissionais de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade recebem <b>formação contínua</b> e sessões de atualização, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses</b> , na	Profissionais de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade recebem <b>treinamentos em serviço</b> e sessões <b>regulares</b> de atualização sobre a	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido que a periodicidade não seja delimitada, substituindo "pelo menos, uma vez a cada 12 meses",	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade

	12 months in the identification and management of obstetric emergencies during labour and childbirth	identificação e manejo de emergências obstétricas durante o trabalho de parto e parto	identificação e manejo de emergências obstétricas durante o trabalho de parto e parto.	por –sessões regulares”. Estabelecer sessões regulares de atualização e treinamento é fundamental para que se tenham profissionais preparados para o manejo adequado de complicações obstétricas. Ainda que haja uma agenda regular de treinamento, a qualificação da equipe deve ser oportuna, ocorrendo sempre houver necessidade. Outra recomendação apontada foi a substituição da expressão “formação contínua” por “treinamento em serviço”.	sobre identificação e manejo de emergências obstétricas durante o parto?
D1.E.04	Health-care staff in labour and childbirth areas receive at least monthly drills or simulation exercises and supportive supervision in routine care and detection of obstetric complications during labour and childbirth	Profissionais de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto recebem exercícios de simulação mensais e supervisão de apoio nos cuidados de rotina e detecção de complicações obstétricas durante o trabalho de parto e parto.	Profissionais de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto <b>recebem treinamentos periódicos</b> e supervisão de apoio sobre os cuidados de rotina e detecção de complicações obstétricas durante o trabalho de parto e parto.	<b>Recomendação:</b> Sugere-se excluir o item, pois o D1.E.03 é equivalente, ou seja, verifica o mesmo fenômeno. Isso evitará redundâncias no instrumento.	Item equivalente ao D1.E.03.
D1.E.05	The health facility has written, up-to-date, clinical protocols for essential newborn care that are consistent with WHO guidelines and are available in the labour and childbirth areas of the maternity unit	A unidade de saúde elaborou <b>protocolos clínicos atualizados</b> , para cuidados essenciais ao recém-nascido, <b>que são</b> consistentes com as diretrizes da OMS, e estão disponíveis nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade	A unidade de saúde disponibiliza protocolos escritos e atualizados para <b>orientar</b> os cuidados essenciais de recém-nascidos, consistentes com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b> e disponíveis nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O uso de protocolos é fundamental para nortear a equipe de saúde no atendimento ao RN. Segundo o grupo, é fundamental que o protocolo especifique cuidados essenciais ao RN a termo, com boa vitalidade; e cuidados essenciais ao RN prematuro e de baixo peso. Para fins deste item, fica recomendado para o instrumento verificar a existência de protocolos voltados para cuidados essenciais com RNs a termo (O item D2.E.10 já aborda sobre protocolos voltados para cuidados essenciais com RN prematuros.)	A unidade de saúde possui protocolo escrito, disponível e atualizado que orienta sobre cuidados essenciais com o RN a termo.
D1.E.06	The health facility has supplies of sterile cord ties (or clamps) and scissors (or blades), available in	A unidade de saúde <b>possui suprimentos de cordões estéreis (ou pinças)</b> e tesouras (ou lâminas), <b>disponíveis</b> em quantidade	A unidade de saúde possui <b>grampos esterilizados para cordão umbilical</b> (ou pinças) e tesouras (ou lâminas),	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Manter o item, com ajustes na tradução. Foi sugerido substituir a	A unidade de saúde possui grampos esterilizados para cordão umbilical (ou pinças) e

	sufficient quantities at all times for the expected number of births	suficiente para o <b>número esperado de partos</b>	disponíveis em quantidade suficiente para o número de partos esperados.	expressão "suprimentos de cordões estéreis" por "grampos esperilizados para cordão umbilical". Ainda que seja um item muito trivial no Brasil é importante garantir que a maternidade garanta estes insumos.	tesouras (ou lâminas) em quantidade suficiente e sempre que necessário nas áreas de trabalho de parto e parto.
D1.E.07	The health facility has supplies of clean towels in the labour and childbirth areas for immediate drying of newborns, available in sufficient quantities at all times for the expected number of births	A unidade de saúde pratica e possibilita o alojamento conjunto para permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia	A unidade de saúde possui alojamento conjunto para que mães e bebês possam permanecer juntos 24 horas por dia	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O Alojamento conjunto, no Brasil, é uma recomendação do Ministério da Saúde, cujos benefícios já foram evidenciados, como por exemplo, a atenção integral ao binômio mãe-bebê e o incentivo à amamentação.	A unidade de saúde possui uma enfermaria de alojamento conjunto.
D1.E.08	The health facility has a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care and support staff.	A unidade de saúde tem uma política escrita de aleitamento materno que é rotineiramente comunicada a toda equipe de saúde e de suporte.	A unidade de saúde tem uma política escrita de aleitamento materno que é rotineiramente comunicada a toda equipe de saúde e de suporte.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado com cuidado. Trata-se de um item extremamente importante. Fundamental e mandatório que as instituições tenham isso documentado e atualizado, pois faz parte de um plano de fortalecimento das ações de incentivo ao aleitamento materno. O grupo sinalizou que o item verifica dois aspectos diferentes, que são: "a disponibilidade de uma política escrita sobre aleitamento materno" e "a divulgação desta política" para a equipe de saúde". Ainda que complementares, são dois fenômenos diferentes.	A unidade de saúde possui uma política escrita, disponível e atualizada sobre Aleitamento Materno, que é rotineiramente comunicada a toda equipe. A equipe de saúde é comunicada sobre a política de aleitamento materno.
D1.E.09	Health-care staff in the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in routine postnatal care and breastfeeding at least every 12 months	A equipe de saúde da maternidade recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização em cuidados pós-parto de rotina e amamentação, pelo menos, a cada 12 meses.	A <b>equipe de saúde</b> da maternidade recebe <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização em cuidados <b>pós parto</b> de rotina	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo o grupo, estabelecer sessões regulares de atualização ou treinos são fundamentais para a melhoria da qualidade e segurança da mulher e do RN. Trata-se de um esforço, que deve ser promovido pela gestão da unidade, para tentar garantir que a equipe seja capaz de identificar precocemente complicações no pós parto e intervir	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre cuidados de rotina no pós-parto?

				oportunamente no manejo da complicação. Outro apontamento foi que o item verifica a realização de treinamento voltado para cuidados no pós parto (que seria muito mais abrangente) e amamentação (que também não deixa de ser um cuidado no pós parto). Houve divergência sobre um possível desmembramento do item entendendo que a amamentação requer treinamentos específicos com periodicidades mais regulares. Deste modo, um item D1.E.09.1 foi construído.	
D1.E.09.1	Health-care staff in the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in routine postnatal care and breastfeeding at least every 12 months	A equipe de saúde da maternidade recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização em cuidados pós-parto de rotina e amamentação, pelo menos, a cada 12 meses.	A equipe de saúde da maternidade recebe treinamento em serviço e sessões regulares de atualização sobre aleitamento materno e amamentação	<b>Recomendação:</b> Item referente ao desmembramento do D1.E.09.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre aleitamento materno?
D1.E.10	Health-care staff in the labour and childbirth areas of the maternity unit receive in-service training or regular refresher sessions in essential newborn care and breastfeeding support at least once every 12 months	A equipe de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto recebe, pelo menos, exercícios mensais ou exercícios de simulação e supervisão de apoio em cuidados essenciais ao recém-nascido e apoio à amamentação.	A equipe de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto recebem exercícios mensais de simulação e supervisão de apoio sobre cuidados essenciais ao recém-nascido e apoio à amamentação.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar do treinamento utilizando técnicas de simulação já estar estabelecido como uma ferramenta efetiva, no desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde, determina-se que esta ferramenta seja utilizada pelas unidades, não é favorável. Outro ponto sinalizado pelo grupo foi a expressão "supervisão de apoio", não ficando claro o que seria essa supervisão, nem como a mesma se daria no âmbito da unidade de saúde.	Item excluído
D1.E.11	The health facility has local arrangements to ensure that every mother knows when and where postnatal care for herself and her newborn will be provided after discharge from the hospital	A unidade de saúde <b>tem convênios locais</b> para garantir que toda mãe saiba quando e onde os cuidados pós-parto para ela e seu recém-nascido serão fornecidos após a alta do hospital.	A unidade de saúde <b>garante que toda a</b> mulher saiba quando e onde os cuidados pós-parto serão ofertados após alta do hospital.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A maternidade deverá garantir que a mulher saiba quando e onde esse cuidado deverá ser feito de acordo com a Política Nacional da Rede Cegonha.	Na alta hospitalar, a unidade de saúde informa a mulher qual unidade e equipe procurar para dar continuidade aos cuidados pós parto?

D1.E.12	The health facility has local arrangements for alternative feeding methods, including cup or cup-and-spoon feeding, and avoids bottle-feeding.	A unidade de saúde tem convênios locais para métodos alternativos de alimentação, incluindo copo ou colher, e evita o uso de mamadeira.	A unidade de saúde tem convênios locais para métodos alternativos de alimentação, incluindo copo ou colher, e evita o uso de mamadeira.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo os painelistas, o item é importante, mas a escrita gerou dúvidas. Não ficou compreendido o que seriam os "convênios locais". Destacaram ainda que outro item já verifica sobre os métodos alternativos de alimentação, não sendo necessário mantê-lo.	Item excluído
D1.E.13	The health facility has local arrangement to inform pregnant women and their families about the benefits and management of breastfeeding	A unidade de saúde <b>possui um convênio local para</b> informar as gestantes e suas famílias sobre os benefícios e manejo do aleitamento materno	A unidade de saúde informa às gestantes e suas famílias sobre os benefícios e manejo do aleitamento materno.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Excluído por equivalência.	Item excluído.
D1.E.14	The health facility ensures that feeding of infant formula is demonstrated to mothers and family members of newborns only when needed, with a full explanation of the hazards of improper use.	A unidade de saúde garante que a alimentação com fórmula infantil seja demonstrada às mães e familiares dos recém-nascidos apenas quando necessário, com uma explicação completa dos perigos do uso inadequado	A unidade de saúde garante que o uso da fórmula infantil seja realizado somente com indicação adequada.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Não se nega a sua importância. No entanto, já é uma prática trivial nas maternidades brasileiras.	Item excluído.
D1.E.15	The health facility has supplies of oral and intravenous antihypertensive agents and magnesium sulfate available in sufficient quantities at all times in the antenatal, labour and childbirth areas of the maternity unit	A unidade de saúde tem suprimentos de anti-hipertensivos orais e intravenosos e sulfato de magnésio, disponíveis sempre, em quantidade suficiente nas áreas de pré-natal, trabalho de parto e parto da maternidade	A unidade de saúde possui anti-hipertensivos orais e intravenosos e sulfato de magnésio, disponíveis em quantidade suficiente nas áreas de pré-natal, trabalho de parto e parto da maternidade.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo o grupo, é importante especificar os anti-hipertensivos orais. Os fármacos anti-hipertensivos, incluindo o Sulfato de Magnésio, são medicamentos essenciais utilizados no manejo das complicações potencialmente ameaçadoras da vida, além de garantir a neuroproteção fetal. em trabalhos de parto prematuro.	A unidade de saúde possui Sulfato de Magnésio, anti-hipertensivos orais e intravenosos em quantidade suficiente sempre que necessário?
D1.E.16	The health facility has written, up-to-date clinical protocols on the management of pre-eclampsia that are available in the labour, childbirth and postnatal areas of the maternity unit and are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados sobre o manejo da pré-eclâmpsia, que estão disponíveis nas áreas de trabalho de parto, parto e pós-parto da maternidade, e são consistentes com as diretrizes da OMS.	A unidade de saúde disponibiliza nas áreas de trabalho de parto e parto, <b>protocolos</b> atualizados sobre o manejo da pré-eclâmpsia, consistentes com as diretrizes clínicas <b>do Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A pré-eclâmpsia representa a 1ª causa de morte materna no mundo, o que justifica a relevância do item. Segundo o grupo, toda a instituição precisa construir protocolos para identificação precoce e manejo clínico da pré eclâmpsia, eclâmpsia e de outras condições de risco para a mulher e RN.	A unidade de saúde tem um protocolo disponível e atualizado que orienta sobre o manejo da pré-eclâmpsia?

D1.E.17	Health-care staff in the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in the use of antihypertensive agents, intravenous infusion and magnesium sulfate for treating preeclampsia and eclampsia at least once every 12 months	A equipe de saúde da maternidade recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização sobre o uso de anti-hipertensivos, infusão intravenosa e sulfato de magnésio para tratamento de pré e eclâmpsia, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses.</b>	<b>A equipe de saúde</b> da maternidade recebe <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização sobre o uso de anti-hipertensivos, infusão intravenosa e sulfato de magnésio para tratamento de pré-eclâmpsia e eclampsia.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Sugere-se substituir -uso de anti-hipertensivos, infusão intravenosa e sulfato de magnésio por manejo farmacológico ou -tratamento ou -uso de anti-hipertensivos. É importante que os profissionais estejam preparados para lidar com os casos de pré-eclâmpsia e eclampsia 1ª causa de morte materna no Brasil.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o tratamento da pré-eclâmpsia e eclampsia?
D1.E.18	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for post-partum haemorrhage management that are available in the childbirth and postnatal care areas and are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde <b>redigiu</b> protocolos clínicos atualizados, para tratamento de hemorragia pós-parto, que estão disponíveis nas áreas de parto e pós-parto, e são consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde <b>possui</b> protocolos clínicos <b>escritos</b> e atualizados para tratamento de hemorragia pós-parto, que estão disponíveis nas áreas de parto e pós parto, e são consistentes com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A Hemorragia pós parto é a segunda causa de morte materna no mundo. Protocolos direcionados para a prevenção e manejo da Hemorragia pós parto é uma recomendação da OMS.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta sobre a identificação e manejo da Hemorragia pós parto?
D1.E.19	The health facility has uterotonic drugs and supplies for intravenous fluid and blood administration (syringes, needles, intravenous cannulas, intravenous fluid solutions, blood) available in sufficient quantities at all times in the childbirth and postnatal care areas	A unidade de saúde tem medicamentos uterotônicos e suprimentos para administração de fluidos intravenosos e sanguíneos (seringas, agulhas, cânulas intravenosas, soluções de fluidos intravenosos, sangue), disponíveis em quantidade suficiente em todos os momentos nas áreas de parto e pós-parto	A unidade de saúde tem medicamentos uterotônicos e suprimentos para administração de fluidos intravenosos e sanguíneos (seringas, agulhas, cânulas intravenosas, soluções de fluidos intravenosos, sangue), disponíveis em quantidade suficiente em todos os momentos nas áreas de parto e pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item verifica dois aspectos estruturais distintos: medicamentos e insumos para a sua administração. Foi recomendado especificar os uterotônicos recomendados nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O uso de uterotônicos tem um papel fundamental no tratamento da HPP.	A unidade de saúde possui materiais para administração de fluidos intravenosos em quantidade suficiente e sempre que necessário (D1.E.19.1). A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário uterotônicos (D1.E.19).
D1.E.20	A functional blood transfusion service is available in the health facility at all times	Um serviço de transfusão de sangue funcional está disponível na unidade de saúde em todos os momentos	A unidade de saúde tem uma agência transfusional capaz de atender a toda demanda da unidade, sempre que necessário	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A instalação de uma agência transfusional não é obrigatória para todas as unidades de saúde. Esta é indicada para os serviços de atenção obstétrica que realizam mais de 60 transfusões mensais. Sua instalação deve obedecer as recomendações da ANVISA.	A unidade de saúde tem uma agência transfusional que atende a demanda da unidade, sempre que necessário.
D1.E.21	Health-care staff in the labour, childbirth and postnatal care areas of the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in management of post-partum haemorrhage at least once every 12	. A equipe de saúde nas áreas de trabalho de parto, parto e pós-parto da maternidade <b>recebe formação contínua</b> e sessões regulares de atualização no manejo da hemorragia pós-parto, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses</b>	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto, parto e pós-parto da maternidade <b>recebe treinamentos em serviço</b> e sessões de atualização no manejo da hemorragia pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A Hemorragia Pós parto (HPP) é a 2ª causa de morte materna, no Brasil. O treinamento dos profissionais para a prevenção e manejo da HPP é fundamental para	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre a prevenção e manejo da hemorragia pós-parto?



	months.			reduzir as taxas de morbidade grave e óbitos causados por esta condição.	
D1.E.22	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for preventing and managing prolonged labour, which are available in the labour and childbirth areas and are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados, para prevenir e gerenciar o trabalho de parto prolongado, que estão disponíveis nas áreas de trabalho de parto e parto, e são consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde <b>possui</b> protocolos <b>escritos</b> , disponíveis e atualizados, para prevenir e gerenciar o trabalho de parto prolongado, e são consistentes com as diretrizes <b>do Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo os painelistas, a gestão inadequada do trabalho de parto prolongado culmina em eventos adversos para a mãe e para o bebê. O uso de protocolos pode contribuir para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal por esta causa. Foi sugerido definir trabalho de parto prolongado no instrumento.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta o manejo do trabalho de parto prolongado?
D1.E.23	The health facility has the essential supplies and equipment for vacuum or forceps-assisted delivery, including newborn resuscitation equipment available in sufficient quantities at all times in the childbirth area of the maternity unit	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos essenciais para parto assistido a vácuo ou fórceps, incluindo equipamentos de reanimação neonatal, disponíveis sempre, em quantidade suficiente, na área de parto da maternidade	<b>Item excluído no Método Delphi</b>	-	-
D1.E.24	The health facility has an adequately equipped operating theatre close to the childbirth area of the maternity unit	A unidade de saúde possui um centro cirúrgico adequadamente equipado próximo à área de parto da maternidade	A unidade de saúde possui um centro cirúrgico adequadamente equipado, localizado próximo ao Centro de Parto Normal.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. É importante especificar o que seria a expressão — adequadamente equipadol, a fim de evitar vieses nos resultados. Foi sugerido seguir as recomendações da RDC nº 36/2008 e demais legislações sanitárias vigentes no Brasil. Outro apontamento foi que o item se propõe a verificar dois aspectos estruturais distintos: equipamentos e distância física.	A unidade de saúde possui um centro cirúrgico adequadamente equipado, localizado próximo ao Centro de Parto Normal.
D1.E.25	The health facility has an adequate number of staff skilled in performing caesarean section, 24 h a day	A unidade de saúde dispõe de um número adequado de pessoal capacitado para a realização de cesarianas, 24 horas por dia.	A unidade de saúde dispõe de um dimensionamento adequado de profissionais capacitados para a realização de cesarianas, sempre que necessário.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido rever a escrita original. Recomendou-se substituir "profissionais capacitados" por "profissionais habilitados"; "24 horas por dia", por "sempre que necessário". Segundo o grupo, garantir o dimensionamento adequado de recursos humanos em maternidade é fundamental para a redução da	A unidade de saúde tem profissionais habilitados para a realização de cesarianas, sempre que necessário.

				morbimortalidade materno-infantil. Infelizmente, em alguns locais do país, a escassez de profissionais habilitados para a realização de cesariana ainda é uma realidade.	
D1.E.26	Health-care staff in the labour and childbirth areas of the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions (every 6 months) in managing prolonged and obstructed labour.	A equipe de saúde nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização ( <b>a cada 6 meses</b> ) no manejo do trabalho de parto prolongado e obstruído	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade recebem <b>treinamentos em serviço</b> e sessões regulares de atualização no manejo do trabalho de parto prolongado e obstruído.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O parto prolongado e obstruído é a 5ª maior causa de morte entre os países em desenvolvimento, o que justifica a importância do item. É fundamental o preparo técnico dos profissionais para o manejo de partos prolongados e obstruídos.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o manejo de partos prolongados e obstruídos?
D1.E.27	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for management of preterm labour in the childbirth areas of the maternity unit that are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados, para o manejo do trabalho de parto prematuro nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados, para o manejo do trabalho de parto prematuro nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Mais importante do que elaborar protocolos institucionais, é garantir sua disponibilidade.	A unidade de saúde tem protocolos disponíveis e atualizados que orientam sobre o manejo do trabalho de parto prematuro?
D1.E.28	The health facility has supplies of antenatal corticosteroids (dexamethasone or betamethasone), antibiotics and magnesium sulfate available in sufficient quantities at all times to manage preterm birth in accordance with WHO guidelines	A unidade de saúde tem suprimentos de corticosteróides pré-natais (dexametasona ou betametasona), antibióticos e sulfato de magnésio, disponíveis sempre, em quantidades suficientes, para gerenciar o parto prematuro, de acordo com as diretrizes da OMS.	A unidade de saúde tem corticosteróides pré-natais (dexametasona ou betametasona), disponíveis sempre, em quantidades suficientes, para gerenciar o parto prematuro, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Os itens D1.E.31 e D1.E.15 já verificam a disponibilidade de antibióticos e sulfato de magnésio respectivamente. Recomenda-se, portanto, que o item D1.E.28 verifique apenas a disponibilidade de corticosteróides, a fim de evitar redundâncias.	A unidade de saúde possui corticosteróides para o manejo de parto prematuro (Dexametasona ou Betametasona), em quantidade suficiente e sempre que necessário?
D1.E.29	Health-care staff in the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in the management of preterm labour at least once every 12 months.	A equipe de saúde da maternidade recebe formação contínua e sessões regulares de atualização no manejo do trabalho de parto prematuro, pelo menos, uma vez a cada 12 meses.	A equipe de saúde da maternidade recebe treinamentos em serviço e sessões regulares de atualização no manejo do trabalho de parto prematuro.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal no país. É importante que os profissionais estejam preparados tecnicamente para gerenciar o parto prematuro.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre o manejo de partos prematuros?
D1.E.30	Health-care staff in the maternity unit receive monthly drills or simulation exercises and supportive supervision in the management of preterm labour	A equipe de saúde da maternidade recebe simulados mensais ou exercícios de simulação e supervisão de apoio no manejo do trabalho de parto prematuro.	<b>A equipe de saúde</b> da maternidade recebem simulados mensais ou exercícios de simulação e supervisão de apoio no manejo do trabalho de parto prematuro.	<b>Recomendação:</b> Item equivalente a D1.E.29. Segundo o grupo não ficou claro o que seria "supervisão de apoio". Os treinamentos mensais, usando ferramentas de simulação, podem	Item excluído.

				não atender à realidade de alguns contextos.	
D1.E.31	The health facility has supplies of oral and injectable first- and second-line antibiotics (ampicillin or penicillin and gentamicin, clindamycin, cephalosporin and metronidazole) available in sufficient quantities at all times for the expected case load	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos orais e injetáveis de primeira e segunda linha (ampicilina ou penicilina e gentamicina, clindamicina, cefalosporina e metronidazol), disponíveis sempre, em quantidades suficientes, para o número de casos esperados	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos orais e injetáveis de primeira e segunda linha (ampicilina ou penicilina e gentamicina, clindamicina, cefalosporina e metronidazol), disponíveis sempre em quantidades suficientes, para o número de casos esperados	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O painel sugeriu ampliar o escopo de antibióticos inicialmente proposto pela OMS, levando em conta os protocolos para o manejo da sepsis em mulheres e RNs utilizados no Brasil.	A unidade de saúde possui antibióticos de primeira e segunda linha, orais e injetáveis para o tratamento de infecções de sepsis em mulheres e RN, em quantidade suficiente e sempre que necessário.
D1.E.32	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for treatment of women with, or at risk for, infections during labour, childbirth and the early postnatal period in the childbirth and postnatal care areas of the maternity unit that are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde tem protocolos clínicos escritos e atualizados, para o tratamento de mulheres com ou em risco de infecções durante o trabalho de parto, parto e pós-parto precoce, nas áreas de parto e pós-parto da maternidade, que estejam de acordo com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde tem protocolos clínicos escritos e atualizados, para o tratamento de mulheres com ou em risco de infecções durante o trabalho de parto, parto e <b>puerpério imediato</b> , que estejam de acordo com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b> .	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. As infecções periparto são importantes causas de morbimortalidade materna. O uso de protocolo para nortear os profissionais na identificação dos fatores de risco, diagnóstico e manejo oportuno de infecções periparto é fundamental para reduzir a morbimortalidade materna.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta sobre o diagnóstico e manejo de infecções em mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós parto.
D1.E.33	Health care staff in the health facility who deal with pregnant and postpartum women receive in-service training and regular refresher sessions in the recognition and management of maternal peri-partum infections at least once every 12 months	Os profissionais de saúde da unidade de saúde <b>que lidam com mulheres grávidas e puérperas</b> recebem <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização no reconhecimento e manejo de infecções maternas peri-parto, pelo menos, uma vez a cada 12 meses	<b>A equipe de saúde</b> recebe <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização sobre a identificação e manejo de infecções maternas periparto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. As infecções estão entre as cinco primeiras causas de óbito no mundo. É importante que os profissionais estejam tecnicamente preparados para a identificação oportuna e manejo das infecções periparto.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre identificação e manejo de infecções maternas periparto?
D1.E.34	Health care staff in the health facility know the signs of newborn sepsis and how to treat it, according to WHO guidelines	A equipe de saúde da unidade de saúde conhece os sinais da sepsis do recém-nascido e como tratá-la, de acordo com as diretrizes da OMS.	A equipe da unidade de saúde conhece os sinais da sepsis do recém-nascido e como tratá-la, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado, porém de extrema importância. Segundo os especialistas, garantir a mensurabilidade deste item exigirá um método particular. Mais importante que conhecer os sinais da sepsis é garantir o preparo técnico da equipe que atua no atendimento à mulher e ao recém-nascido.	Item excluído
D1.E.35	The health facility does not display infant formula or bottles and teats including on posters or placards	A unidade de saúde não exibe fórmula infantil, mamadeiras e bicos, inclusive em pôsteres ou cartazes	A unidade de saúde incentiva o uso de fórmula infantil, mamadeiras e bicos, inclusive em pôsteres ou cartazes	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item corresponde a um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa	A unidade de saúde incentiva o uso de fórmula infantil, mamadeiras e bicos?

				Hospital Amigo da Criança (IHAC), o que justifica a sua relevância. Apesar de ser um item trivial, precisa ser considerado no espectro de cuidados essenciais com o RN. Foi sugerido substituir o verbo "exibir" por "incentivar"; e retirar o advérbio "não" do item.	
D1.E.36	The health facility does not give newborns food or drink other than breast milk, unless medically indicated, and does not give pacifiers (also called -dummies or -soothers) to breastfeeding babies	A unidade de saúde não fornece alimentos ou bebidas aos recém-nascidos além do leite materno, a menos que haja indicação médica, e não fornece chupetas ( <b>também chamadas de "chuchas" ou "bicos"</b> ) para bebês amamentados	A unidade de saúde não dá aos recém-nascidos qualquer outro alimento ou bebida que não seja o leite materno, a menos que clinicamente indicado, e não provê chupetas para bebês lactantes	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Em todas as maternidades do país, o aleitamento materno exclusivo e o não uso de chupetas já são prerrogativas, do Ministério da Saúde. Apesar da sua importância não se trata de um item relevante para manter no escopo.	Item excluído
D1.E.37	The health facility has written, up-to-date guidance on harmful practices and unnecessary interventions during labour, childbirth and the early postnatal period	A equipe de saúde da unidade recebe formação contínua e sessões regulares de atualização sobre práticas nocivas e intervenções desnecessárias, pelo menos, uma vez a cada 12 meses	<b>Profissionais de saúde</b> da unidade de saúde recebem <b>treinamentos em serviço</b> e sessões regulares de atualização <b>sobre o uso das boas práticas de atenção ao trabalho de parto, parto e pós parto</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo os especialistas, não faz sentido ofertar treinamentos sobre práticas nocivas e desnecessárias, mas sim sobre o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamentos sobre o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento?
D1.E.38	The health facility does not promote infant formula on the wards, and samples are not distributed to mothers or staff	A unidade de saúde não promove fórmula infantil nas enfermarias, e as amostras não são distribuídas às mães ou funcionários	A unidade de saúde não promove fórmula infantil nas enfermarias, e as amostras não são distribuídas às mães ou funcionários	<b>Recomendação:</b> Item equivalente a D1.E.14 e D1.E.35. Nas maternidades brasileiras não há essa cultura de distribuição de fórmulas infantis para mães e funcionários. Parece um item bastante trivial e sem muita relevância para o país.	Item excluído
D1.E.39	Health-care staff in the health facility receive monthly supportive supervision and mentoring on harmful practices and unnecessary interventions	A equipe de saúde na unidade de saúde recebe supervisão <b>mensal</b> de apoio e orientação sobre práticas nocivas e intervenções desnecessárias	<b>A equipe de saúde</b> na unidade recebem supervisões de apoio e orientação sobre práticas nocivas e intervenções desnecessárias	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A orientação não deve pautar-se em cima das práticas e intervenções desnecessárias, mas das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.	Item excluído
D1.E.40	The health facility has an adequate number of staff skilled in performing caesarean section, 24 h a day	A unidade de saúde pratica e possibilita o alojamento conjunto para permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia	A unidade de saúde pratica e possibilita o alojamento conjunto para que mães e bebês possam permanecer juntos 24 horas	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por duplicidade. O item D1.E.07 já verifica este	Item excluído

			por dia	fenômeno.	
D1.E.41	The health facility has a labour and childbirth area or room with a functional, clean and accessible bathroom or shower room and toilet for use only by women in labour	A unidade de saúde possui um banheiro limpo e acessível, para o uso exclusivo de mulheres, nas áreas de trabalho de parto e parto	A unidade de saúde possui um banheiro limpo e acessível, para o uso exclusivo de mulheres, nas áreas de trabalho de parto e parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O banheiro é considerado um ambiente de apoio nos Centros Obstétricos, previsto em legislação sanitária, RDC nº 50 de 2002.	Na área de trabalho de parto da unidade tem um banheiro limpo e acessível, para o uso exclusivo das parturientes.
D1.E.42	The health facility has supplies of antihypertensive agents and magnesium sulfate in sufficient quantities, available at all times, in antenatal, labour, childbirth and postnatal areas for the management of women with pre-eclampsia	A unidade de saúde tem suprimentos de agentes anti-hipertensivos e sulfato de magnésio em quantidades suficientes, disponíveis em todos os momentos, nas áreas pré-natal, parto, parto e pós-parto, para o manejo de mulheres com pré-eclâmpsia	A unidade de saúde tem agentes anti-hipertensivos e sulfato de magnésio em quantidades suficientes, disponíveis em todos os momentos, nas áreas pré-natal, parto, parto e pós-parto, para o manejo de mulheres com pré-eclâmpsia	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item equivalente a D1.E.15.	Item excluído
D1.E.43	The health facility has uterotonic drugs and supplies for intravenous fluid and blood administration (syringes, needles, intravenous cannulas, intravenous fluid solutions, blood) available in sufficient quantities at all times in the childbirth and postnatal care areas	A unidade de saúde tem medicamentos uterotônicos e suprimentos para administração de fluidos intravenosos e sanguíneos (seringas, agulhas, cânulas intravenosas, soluções de fluidos intravenosos, sangue), disponíveis em quantidade suficiente em todos os momentos nas áreas de parto e pós-parto	A unidade de saúde tem medicamentos uterotônicos e suprimentos para administração de fluidos intravenosos e sanguíneos (seringas, agulhas, cânulas intravenosas, soluções de fluidos intravenosos, sangue), disponíveis em quantidade suficiente em todos os momentos nas áreas de parto e pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item equivalente a D1.E.19.	Item excluído
D1.E.44	The health facility has functioning essential equipment and supplies for the detection of complications (e.g. thermometers, sphygmomanometers, foetal stethoscopes, urine dipsticks, pulse oximeter) in sufficient quantities at all times in the labour and childbirth areas of the maternity unit.	A unidade de saúde possui equipamentos e suprimentos essenciais em funcionamento para a detecção de complicações (por exemplo, termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópios fetais, varetas de urina, oxímetro de pulso) em quantidades suficientes, disponíveis em todos os momentos, nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade.	A unidade de saúde possui equipamentos e suprimentos essenciais em funcionamento para a detecção de complicações (por exemplo, termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópios fetais, varetas de urina, oxímetro de pulso) em quantidades suficientes, disponíveis em todos os momentos, nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item duplicado (D1.E.01)	
D1.E.45	The health facility has essential supplies and functioning equipment (including childbirth beds, vacuum, forceps, incubators, weighing machine, sterile gloves) available in sufficient quantities at all times in the labour and childbirth areas	A unidade de saúde tem suprimentos essenciais e equipamentos funcionais (incluindo leitos de parto, vácuo, fórceps, incubadoras, balança, luvas estéreis), disponíveis em quantidade suficiente, em todos os momentos, nas áreas de trabalho de parto e parto.	A unidade de saúde tem equipamentos e materiais disponíveis em quantidade suficiente, nas áreas de trabalho de parto e parto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Especificar os equipamentos e materiais necessários, de acordo com a RDC nº36/2008.	As áreas de trabalho de parto e parto da unidade estão devidamente equipadas com equipamentos e materiais necessários.
D1.E.46	The health facility has supplies and functioning equipment for the emergency care and resuscitation of	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos funcionais para atendimento de emergência e reanimação de mulheres	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos funcionais para atendimento de emergência e reanimação	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Trata-se de um item estrutural que integra o checklist de verificação da	As áreas de trabalho de parto e pós parto possuem um carro de emergência devidamente

	women (well-stocked resuscitation trolley, suction device, pulse oximeter, airways, laryngoscope, endotracheal tubes, adult bag valve masks, infusion sets, intravenous fluids) available in sufficient quantities all times in areas designated for labour, childbirth and postnatal care	(carrinhos de reanimação bem abastecido, dispositivos de aspiração, oxímetro de pulso, vias aéreas, laringoscópio, tubos endotraqueais, máscaras com válvula de bolsa para adultos, conjuntos de infusão, fluidos intravenosos), disponíveis em quantidades suficientes, em áreas designadas para trabalho de parto, parto e cuidados pós-parto.	de mulheres ( <b>carro de emergência lacrado</b> e bem abastecidos, dispositivos de aspiração, oxímetro de pulso, cânulas de Guedel, laringoscópio, tubos endotraqueais, máscaras com bolsa-válvula para adultos, dispositivos para perfusão, fluidos intravenosos) disponíveis em quantidades suficientes nas áreas designadas para o trabalho de parto, parto e pós parto.	Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Foi recomendado especificar os materiais necessários que deverão estar contidos no carro de emergência, de acordo com legislação sanitária.	lacrado e abastecido.
D2.E.01	The health facility has supplies of clean towels in the labour and childbirth areas for immediate drying of newborns, available in sufficient quantities at all times for the expected number of births.	A unidade de saúde dispõe de toalhas limpas nas áreas de trabalho de parto e parto para secagem imediata dos recém-nascidos, disponíveis em quantidade suficiente a todo o momento para o número de partos previsto.	A unidade de saúde dispõe de toalhas limpas nas áreas de trabalho de parto e parto para secagem imediata dos recém-nascidos, disponíveis em quantidade suficiente a todo o momento para o número de partos previsto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Apesar de ser um item trivial, é importante garantir que as maternidades forneçam insumos básicos que garantam uma assistência ao parto e nascimento de qualidade.	A unidade de saúde possui toalhas limpas para secagem imediata dos RNs, em quantidades suficientes e sempre que necessário.
D2.E.02	The health facility has local arrangements and a mechanism to maintain a documented room temperature in the labour and childbirth areas at or above 25 °C and free of draughts	A unidade de saúde tem convênios locais e um mecanismo para manter uma temperatura ambiente documentada nas áreas de trabalho de parto e parto <b>igual ou superior a 25°C</b> e livre de correntes de ar.	A unidade de saúde deve garantir na sala de parto uma temperatura entre 23 e 26°C, mantendo as áreas livres de correntes de ar.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Adequar à temperatura preconizada pelo Ministério da Saúde, descrita na versão atualizada do Manual de gestação de alto risco. Houve controvérsias entre os especialistas em relação à temperatura ideal para a sala de parto. Conforme recomendação de um dos especialistas, a temperatura adequada deve estar entre 20 e 24°C enquanto no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, a temperatura recomendada situa-se entre 23 e 26°C.	A temperatura na sala de parto situa-se entre 23 e 26°C, com áreas livres de correntes de ar.
D2.E.03	Health-care staff in the labour and childbirth areas receive at least monthly drills or simulation exercises and supportive supervision in essential newborn care and supporting breastfeeding	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto recebe, pelo menos, <b>exercícios mensais</b> ou exercícios de simulação e supervisão de apoio em cuidados essenciais ao recém-nascido e apoio à amamentação	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto recebe <b>treinamento</b> e supervisão para apoiar os cuidados essenciais ao recém-nascido e a amamentação.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por duplicidade (D1.E.10)	Item excluído
D2.E.04	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for postnatal care in the maternity and/ or postnatal care areas of the maternity unit that	A unidade de saúde tem protocolos clínicos escritos e atualizados, para cuidados pós-parto na maternidade e/ou áreas de cuidados pós-parto da maternidade, que são consistentes	A unidade de saúde tem protocolos clínicos escritos e atualizados, para cuidados pós-parto na maternidade e/ou áreas de cuidados pós-parto da	<b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta sobre os cuidados no pós parto.

	are consistent with WHO guidelines	com as diretrizes da OMS.	maternidade, que são consistentes <b>com as diretrizes do Ministério da Saúde</b>		
D2.E.05	The health facility has a suction device, at least two sizes of neonatal mask and a self-inflating bag in the childbirth and neonatal areas of the maternity unit	A unidade de saúde dispõe de aspirador, máscara neonatal de, pelo menos, dois tamanhos e bolsa autoinflável nas áreas de parto e neonatal da maternidade	A unidade de saúde possui insumos e materiais para suporte ventilatório neonatal, em quantidade suficiente e sempre que necessário.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A unidade de saúde possui insumos e materiais para suporte ventilatório neonatal, em quantidade suficiente e sempre que necessário.
D2.E.06	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for managing newborns who are not breathing spontaneously in the childbirth areas of the maternity unit that are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados, para o manejo de recém-nascidos que não respiram espontaneamente nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde redigiu protocolos clínicos atualizados, para o manejo de recém-nascidos com asfixia perinatal nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A asfixia perinatal é a 3ª causa de morte neonatal no mundo, o que justifica a relevância do item.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta sobre o manejo do recém-nascido com asfixia perinatal.
D2.E.07	All health-care workers providing care for pregnant and postpartum women and newborns in the health facility are skilled in basic newborn resuscitation, as demonstrated by simulating positive pressure ventilation with a bag-and-mask on a manikin	Todos os profissionais de saúde que atendem gestantes e puérperas e recém-nascidos na unidade de saúde são qualificados na reanimação básica do recém-nascido, <b>conforme demonstrado por simulação de ventilação com pressão positiva com bolsa e máscara em um manequim.</b>	Todos os profissionais de saúde que atendem gestantes e puérperas e recém-nascidos na unidade de saúde são qualificados na reanimação básica do recém-nascido, conforme demonstrado por simulação de ventilação com pressão positiva com bolsa e máscara em um manequim.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D2.E.08).	Item excluído
D2.E.08	Health care staff in the childbirth and neonatal areas of the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in basic newborn resuscitation at least once every 12 months.	As equipes de saúde das áreas de parto e neonatal da maternidade recebem <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização em reanimação <b>básica</b> do recém-nascido, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses.</b>	<b>As equipes de saúde</b> das áreas de parto e neonatal da maternidade recebem <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização sobre reanimação do recém-nascido.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Retirar o vocábulo "básica" do item. Segundo o grupo, as práticas de reanimação adotadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria são determinadas pela Associação Americana de Cardiologia juntamente com a Academia Americana de Pediatria. A cada 05 anos, e sempre que necessário, após revisão das evidências científicas, as recomendações são ajustadas. Por isso é importante a atualização periódica da equipe.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre técnicas de ressuscitação de recém-nascidos?
D2.E.09	Health care staff in the childbirth and neonatal areas of the maternity unit receive monthly drills or simulation exercises and supportive supervision in basic newborn resuscitation	As equipes de saúde das áreas de parto e neonatais da maternidade recebem simulados mensais ou exercícios de simulação e supervisão de apoio na reanimação básica do recém-nascido	As equipes de saúde que atuam nas áreas de parto e cuidado neonatal da maternidade recebem mensalmente exercícios de simulação e supervisão de apoio na reanimação básica do recém-nascido	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Os exercícios mensais de simulação sobre reanimação de RNs podem não ser factíveis para muitos contextos.	Item excluído

D2.E.10	The health facility has written, up-to-date clinical protocols for management of preterm labour in the childbirth areas of the maternity unit that are consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde elaborou protocolos clínicos atualizados, para o atendimento de bebês pequenos e prematuros nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde elaborou protocolos clínicos atualizados, para o atendimento de bebês pequenos e prematuros nas áreas de parto da maternidade, que são consistentes com as diretrizes do <b>Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O RN prematuro depende de cuidados especiais e de uma estrutura que dê conta de suas necessidades imediatas. A prematuridade está entre as principais causas de morte no recém-nascido, exigindo, portanto, um preparo da equipe de saúde para o correto manejo do recém-nascido prematuro.	A unidade de saúde tem protocolo disponível e atualizado que orienta sobre os cuidados essenciais com o RN prematuro
D2.E.11	The health facility has supplies and materials to provide optimal thermal care to stable and unstable preterm babies, including kangaroo mother care (support binders, baby hats, socks), clean incubators and radiant warmers	A unidade de saúde dispõe de suprimentos e materiais para fornecer cuidados térmicos ideais para bebês prematuros estáveis e instáveis, incluindo cuidados para o Método Mãe Canguru ( <i>wrap sling</i> , gorros, meias), incubadoras e aquecedores radiantes limpos	A unidade de saúde dispõe de suprimentos e materiais para fornecer cuidados térmicos ideais para bebês prematuros, incluindo cuidados para o Método Mãe Canguru, incubadoras e aquecedores radiantes limpos	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após revisão da escrita. O item D2.E.17 verifica o Método Canguru, o que torna redundante deixá-lo no D2.E.11. O uso de incubadoras e aquecedores radiantes são recursos materiais que ajudam a prevenir a hipotermia, garantindo um ambiente térmico neutro adequado ao recém-nascido, principalmente aqueles prematuros e pequenos para a idade gestacional. Segundo o Ministério da Saúde, toucas e meias são usadas somente quando necessários.	A unidade de saúde possui incubadoras de dupla parede e fontes de calor radiante para controle térmico de recém-nascidos sempre que necessário?
D2.E.12	The health facility has the supplies and materials to provide optimal feeding to preterm babies and support for breastfeeding or alternative feeding (feeding cups and spoons, infant formula, breast pumps, milk storage facilities, pasteurizers, milk banks if possible, nasogastric tubes, syringe drivers, intravenous fluids and tubing).	A unidade de saúde dispõe de insumos e materiais para fornecer alimentação ideal aos bebês prematuros e apoio à amamentação ou alimentação alternativa (copos e colheres, fórmula infantil, bombas tira leite, unidades de armazenamento de leite, pasteurizadores, bancos de leite, se possível, sondas nasogástricas, bombas de seringa, fluidos intravenosos e tubos).	A unidade de saúde dispõe de insumos e materiais para fornecer alimentação ideal aos bebês prematuros e apoio à amamentação ou alimentação alternativa (copos, colheres, fórmula infantil, bombas extratoras do leite, unidades de armazenamento de leite, pasteurizadores, bancos de leite, se possível, sondas nasogástricas, bombas de seringa, fluidos intravenosos e tubos).	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após revisão da escrita. Copos, colheres, fórmulas infantis e bombas de extração do leite materno são insumos importantes que precisam ser fornecidos pela maternidade assim como sondas, equipamentos para RNs prematuros e/ou amamentados. Os bancos de leite são estruturas que respondem tecnicamente pelo processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado, e não estão presentes em todas as maternidades. Da mesma forma, as unidades de	A unidade de saúde possui insumos para apoiar a amamentação e métodos alternativos de alimentação para RNs prematuros e não elegíveis para o aleitamento materno sempre que necessário.



				armazenamento ou Postos de coleta requer licença sanitária e uma estrutura específica.	
D2.E.13	Health care staff in the health facility who work with pregnant and postpartum women and newborns receive in-service training and regular refresher sessions in appropriate care of preterm and lowbirth-weight babies at least once every 12 months	A equipe de saúde da unidade de saúde que trabalha com gestantes e puérperas e recém-nascidos recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização sobre cuidados adequados com bebês prematuros e de baixo peso ao nascer, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses.</b>	A equipe de saúde recebe <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização sobre cuidados adequados com bebês prematuros e de baixo peso ao nascimento.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A prematuridade e o baixo peso são um dos principais fatores contribuintes para a mortalidade infantil, o que justifica a relevância do item. RNs prematuros e de baixo peso requerem condições e cuidados especiais por parte dos profissionais que os assistem devido ao desenvolvimento incompleto intraútero e o risco aumento de complicações associadas à prematuridade.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização e/ou realizou treinamento na maternidade sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido prematuro e de baixo peso?
D2.E.14	The health facility has supplies of injectable antibiotics (at least first and second-line antibiotics for neonatal sepsis and meningitis) available in sufficient quantities at all times for the expected case load	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos injetáveis (pelo menos, antibióticos de primeira e segunda linha <b>para sepse neonatal e meningite</b> ), disponíveis em quantidades suficientes, <b>para a carga de casos esperada</b>	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos injetáveis (antibióticos de primeira e segunda linha), disponíveis em quantidades suficientes.	<b>Recomendação:</b> Item excluído por equivalência (D1.E.31).	Item excluído
D2.E.15	The health facility has a written, up-to-date clinical protocol for early diagnosis and management of neonatal infection in the childbirth areas of the maternity unit that is consistent with WHO guidelines	A unidade de saúde possui um protocolo clínico escrito e atualizado, para diagnóstico precoce e manejo de infecção neonatal nas áreas de parto da maternidade, que é consistente com as diretrizes da OMS	A unidade de saúde possui um protocolo clínico escrito e atualizado, para diagnóstico precoce e manejo de infecção neonatal <b>disponível nas</b> áreas de parto da maternidade, que é consistente com as diretrizes <b>do Ministério da Saúde</b>	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Toda unidade de saúde precisa ter um protocolo que respalde o diagnóstico e manejo das infecções neonatais mais prevalentes, que podem ser hospitalares, transplacentárias, e ainda aquelas associada à bolsa rota superior a 24 horas. Segundo o grupo, é importante que sejam levantadas e indicadas as principais infecções neonatais para as quais deverão estar contidas no protocolo.	A unidade de saúde tem um protocolo disponível e atualizado que orienta sobre o diagnóstico e manejo de infecções em recém-nascidos.
D2.E.16	Health care staff in the health facility who care for pregnant and postpartum women and newborns receive in-service training and regular refresher sessions in the recognition and management of suspected newborn	Os profissionais de saúde da unidade de saúde que cuidam de gestantes e puérperas e recém-nascidos recebem <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização no reconhecimento e manejo de suspeitas de infecções em recém-nascidos, <b>pelo menos,</b>	Os profissionais de saúde da unidade de saúde recebem <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização sobre a identificação e manejo de infecção em recém-nascidos	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O treinamento deve orientar os profissionais de saúde quanto aos sinais e sintomas característicos de uma infecção, a fim de conseguir identificar oportunamente os casos	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre a identificação e manejo de infecções em recém-nascidos?

	infections at least once every 12 months	<b>uma vez a cada 12 meses.</b>		suspeitos. Ressaltaram a necessidade premente de haver treinamentos em relação às recomendações para a prevenção de Infecções hospitalares. A expressão "manejo de suspeita de infecção em RN" foi criticada pelos especialistas, em relação a dificuldade de entendimento.	
D2.E.17	Health care staff in the health facility know the signs of newborn sepsis and how to treat it, according to WHO guidelines	Profissionais de saúde na unidade de saúde devem saber reconhecer os sinais de sepse em recém-nascidos e como trata-la de acordo com as diretrizes da OMS.	Os profissionais de saúde sabem reconhecer os sinais de sepse em recém-nascidos e sabe como tratá-la de acordo com as diretrizes da OMS	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Duplicado com D1.E.34 que foi excluído do escopo de itens propostos.	Item excluído
D2.E.18	The health facility has a dedicated area in the labour and childbirth area for resuscitation of newborns, which is adequately equipped with a table or resuscitaire, radiant warmer, light and appropriate resuscitation equipment and supplies	A unidade de saúde possui uma área dedicada nas áreas de trabalho de parto e parto para reanimação de recém-nascidos, que está devidamente equipada com mesa ou reanimador, aquecedor radiante, luz e equipamento e material de reanimação apropriados	A unidade de saúde possui <b>um espaço</b> dedicado à ressuscitação de recém-nascidos na área de trabalho de parto e parto, adequadamente equipado com uma mesa de reanimação neonatal, aquecedor radiante, iluminação, equipamentos e suprimentos apropriados para reanimação	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido especificar os equipamentos e suprimentos necessários para reanimação, de acordo com a legislação sanitária brasileira.	A unidade de saúde possui um espaço dedicado à reanimação de RN nas áreas de trabalho de parto e parto, com equipamentos e suprimentos para manobras de reanimação disponíveis, sempre que necessários
D2.E.19	The health facility has supplies and functioning equipment for the emergency care and resuscitation of women (well-stocked resuscitation trolley, suction device, pulse oximeter, airways, laryngoscope, endotracheal tubes, adult bag valve masks, infusion sets, intravenous fluids) available in sufficient quantities all times in areas designated for labour, childbirth and postnatal care	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos funcionais para atendimento de emergência e reanimação de recém-nascidos (mesa de reanimação, carrinho de reanimação neonatal bem abastecido, aquecedor, dispositivo de sucção, oxímetro de pulso, laringoscópio), sempre disponíveis nas áreas designadas para o trabalho de parto, parto e cuidados neonatais. (89,02)	A unidade de saúde dispõe de insumos e equipamentos funcionais para atendimento de emergência e reanimação de recém-nascidos (mesa de reanimação, carrinho de reanimação neonatal bem abastecido, aquecedor, dispositivo de sucção, oxímetro de pulso, laringoscópio), sempre disponíveis nas áreas designadas para o trabalho de parto, parto e cuidados neonatais. (89,02)	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Equivalente ao item D2.E.18.	Item excluído
D3.E.01	The health facility has registers, data collection forms, clinical and observation charts in place at all time for routine recording and monitoring of all care processes for women and newborns	A unidade de saúde possui cadastros, fichas de coleta de dados, prontuários clínicos e de observação, sempre disponíveis, para registro de rotina e monitoramento de todos os processos de atendimento à mulher e ao recém-nascido	A unidade de saúde possui um sistema para registro, físico ou eletrônico, de todos os processos de atendimentos realizados com a mulher e com o recém-nascido.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O registro de todo o cuidado é fundamental para um atendimento seguro e de qualidade. Um registro de qualidade comunica sobre o cuidado ofertado entre os membros de uma equipe, orienta as decisões terapêuticas e funciona como um respaldo em processos de judicialização da saúde.	A unidade de saúde possui um sistema para registro, físico ou eletrônico, de todas as etapas de atendimentos realizados com a mulher e com o recém-nascido?

D3.E.02	The health facility has a birth and death registration system in place that is linked to the national vital registration system at all times	A unidade de saúde possui um sistema de registro de nascimento e óbito que está sempre vinculado ao sistema nacional de registro vital	A unidade de saúde possui um sistema de registro de nascimento e óbito que está sempre vinculado ao sistema nacional de registro vital	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar da sua importância, não corresponde à realidade brasileira.	
D3.E.03	The health facility has a system for classifying diseases and birth outcomes, including death, which is aligned with the ICD	A unidade de saúde possui um sistema de classificação de doenças e desfechos de nascimento, incluindo óbito, que está alinhado à CID	Item excluído no Delphi	-	Item excluído no Delphi
D3.E.04	The health facility has a data system for collecting and analysing relevant indicators and can produce visual outputs and timely reporting on paper or digitally at all times	A unidade de saúde possui um sistema de dados para coletar e analisar indicadores relevantes, e pode produzir resultados visuais e relatórios oportunos em papel ou digital a qualquer momento.	A unidade de saúde possui um sistema eletrônico que possibilita a coleta de dados e análise de indicadores relevantes, produzindo resultados visuais e relatórios oportunos, em papel ou digital, sem pre que necessário.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O grupo sugeriu que a expressão "sistema de dados" fosse substituída por "sistema eletrônico". Trouxeram o exemplo do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que é uma ferramenta potente para a gestão de dados de cidadãos que são atendidos em uma unidade de saúde, gerando informações capazes de subsidiar o planejamento das atividades desenvolvidas no âmbito da instituição.	A unidade de saúde tem um prontuário eletrônico para registro de dados e análise de indicadores, que gera relatórios físicos e digitais sempre que necessário.
D3.E.05	Managers and health care workers in the health facility met at least once a month within the past six months to review process and outcome data.	Os gerentes e profissionais de saúde da unidade de saúde se reuniram, pelo menos, uma vez por mês, nos últimos seis meses, para revisar os dados do processo e dos resultados.	Os gerentes e profissionais da unidade de saúde se reúnem, pelo menos, uma vez no mês, nos últimos seis meses para discutir sobre os dados de processo e resultado.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Estabelecer uma agenda periódica de discussão acerca da qualidade dos dados produzidos, corrobora para melhores resultados e aperfeiçoa o processo de monitoramento do cuidado ofertado. O grupo sugeriu não temporalizar o item. O ideal é que cada unidade dentro da sua realidade, estabeleça um cronograma para rever e discutir dados com as representações de colaboradores. Foi sugerido substituir o vocábulo "gerentes" por "lideranças".	As lideranças e profissionais da unidade de saúde se reúnem periodicamente para discutir sobre dados relacionados ao processo e resultado do atendimento.
D3.E.06	Managers and health care workers in the health facility used the recommendations in reviews of data for decision-making and for mentoring improved performance within the past six months	Os gerentes e profissionais de saúde da unidade de saúde usaram as recomendações nas revisões de dados para a tomada de decisões e para orientar a melhoria do desempenho nos últimos seis meses	Os gerentes e profissionais de saúde da unidade de saúde usam recomendações oriundas das revisões de dados para a tomada de decisões e orientar a melhoria do desempenho	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Enfatizou a importância do item, mas questionou-se a dificuldade de mensurá-lo. Trata-se mais de uma recomendação técnica do que,	Item excluído

				propriamente um item de avaliação.	
D3.E.07	The health facility has a standard form for clinical progress notes and monitoring events during labour (partograph), birth and after birth to facilitate written hand-over	A unidade de saúde possui um formulário padrão para anotações de evolução clínica e monitoramento de eventos durante o trabalho de parto (partograma), parto e pós-parto, <b>para facilitar a entrega por escrito</b>	A unidade de saúde utiliza o <b>partograma</b> para registrar a evolução clínica e monitoramento de eventos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O partograma é o instrumento gráfico padrão recomendado para o registro da progressão do trabalho de parto em fase ativa e das condições da mãe e do feto. O registro da evolução e dos eventos que ocorrem durante o trabalho de parto e parto é importante para monitorar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde.	A unidade de saúde utiliza o <b>partograma</b> para registrar a evolução clínica e monitoramento de eventos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
D3.E.08	The health facility has written, up-to-date protocols for verbal and written hand-over of women and newborns at shift changes, during intra-facility transfer, on referral to other facilities and at discharge	A unidade de saúde dispõe de protocolos escritos e atualizados para a passagem verbal e escrita de mulheres e recém-nascidos nas passagens de plantão, durante a transferência dentro da unidade, no encaminhamento para outras unidades e na alta	A unidade de saúde dispõe de protocolos escritos e atualizados que orientam a passagem de plantão, transferências intra hospitalares, encaminhamentos e alta de mulheres e recém-nascidos, em relação às informações verbais e escritas necessárias.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido que haja um protocolo sobre comunicação efetiva considerando cada um dos três momentos mencionados: passagem de plantão, transferência intra hospitalar, encaminhamento e alta.	A unidade de saúde possui protocolos escritos, disponíveis e atualizados que orientam sobre comunicação efetiva durante a passagem de plantão, transferência intra hospitalar, encaminhamentos e alta de mulheres e recém-nascidos.
D3.E.09	Health-care staff in the maternity unit are oriented and receive in-service training and regular refresher sessions at least once every 12 months in the clinical hand-over policy and communication of important information for hand-over, referral or discharge	As equipes de saúde da maternidade são orientadas e recebem <b>formação contínua</b> e atualizações regulares, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses</b> na política de passagem clínica e comunicação de informações importantes para passagem, encaminhamento ou alta.	<b>As equipes de saúde</b> da maternidade são orientadas e recebem <b>treinamentos</b> e atualizações regulares sobre <b>comunicação efetiva</b> na passagem de plantão, nos encaminhamento e alta hospitalar.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Os especialistas julgaram este item como extremamente importante ressaltando que a grande maioria dos eventos adversos que ocorrem em estabelecimentos de saúde são ocasionados por "gaps" na comunicação. Criticaram o formato de escrita, uma vez que a expressão "comunicação importante" é muito genérica. Essas são contexto-dependentes e portanto, devem ser orientadas de acordo com a realidade de cada serviço.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre comunicação efetiva na passagem de plantão, encaminhamento e alta hospitalar?
D3.E.10	The health facility has a functioning, reliable communication system for information exchange among relevant service providers	A unidade de saúde tem um sistema de comunicação funcional e confiável para troca de informações entre prestadores de serviços relevantes.	A unidade de saúde tem sistemas de comunicação que permitem a troca de informações com outros serviços de saúde da rede.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Substituir "prestadores de serviços relevantes" por "serviços de saúde da rede".	A unidade de saúde tem um sistema de comunicação que permite a troca de informações com outros serviços da rede de atenção?
D3.E.11	The health facility has a written, up-	A unidade de saúde tem uma política escrita e	A unidade de saúde tem uma política	<b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A unidade de saúde tem uma

	to-date policy for obtaining informed consent from women before examinations and procedures	atualizada, para obter o consentimento informado das mulheres antes de exames e procedimentos	escrita e atualizada, para obter o consentimento informado das mulheres antes de exames e procedimentos.	Os painelistas concordaram que toda instituição de saúde deverá dispor de uma política que orienta sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica, de acordo com as recomendações do Conselho Federam de Medicina Nº 1/2016.	política disponível e atualizada que orienta sobre a obtenção de consentimento informado de mulheres antes de exames e procedimentos
D3.E.12	The health facility has a standard informed consent form that helps health care staff to provide easily understandable information to women in order to obtain their fully informed consent	A unidade de saúde possui um formulário de consentimento informado padrão, que ajuda a <b>equipe de saúde</b> a fornecer informações <b>facilmente</b> compreensíveis às mulheres, para obter seu consentimento <b>totalmente</b> informado	A unidade de saúde possui um formulário de consentimento informado padrão, que ajuda a <b>equipe de saúde</b> a fornecer informações compreensíveis às mulheres, para obter seu consentimento informado	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Não ficou claro para os avaliadores o que seria e para quem seria o formulário de consentimento informado padrão.	Item excluído.
D4.E.01	The health facility has written, up-to-date clinical protocols and guidelines for the identification, management (including pre-referral care) and referral of women with complications related to pregnancy and childbirth and in newborns	A unidade de saúde possui protocolos e diretrizes clínicas escritas e atualizadas, para a identificação, manejo ( <b>incluindo atendimento pré-encaminhamento</b> ) e encaminhamento de mulheres com complicações relacionadas à gravidez e ao parto e <b>em recém-nascidos</b>	A unidade de saúde possui protocolos e diretrizes clínicas escritas e atualizadas, para a identificação, manejo e encaminhamento de mulheres com complicações relacionadas à gravidez e ao parto	<b>Recomendação:</b> Item excluído por equivalência.	-
D4.E.02	The health facility is equipped with appropriate medicines and medical supplies for stabilization and pre-referral treatment for referred women and newborns	A unidade de saúde está equipada com medicamentos e suprimentos médicos adequados para estabilização e tratamento pré-encaminhamento de mulheres e recém-nascidos <b>encaminhados</b>	A unidade de saúde possui medicamentos e outros suprimentos necessários para estabilização e tratamento das mulheres e dos <b>RNs antes da transferência inter-hospitalar</b> .	<b>Recomendação:</b> Manter item. O grupo de especialistas sugeriu substituir a expressão -pré-encaminhamento por "transferência" e especificar tratar-se de uma transferência, "inter-hospitalar" ou "intra-hospitalar". Sem dúvida o transporte inter-hospitalar envolve riscos, que podem ser mitigados com a estabilização da mulher e do recém-nascido antes de realizar a transferência. Trata-se de um procedimento trivial que deve ser garantido por estabelecimentos que não possuem condições de ofertar os cuidados intensivos e/ou procedimentos necessários. Os especialistas citaram acerca da transferência responsável, ou seja, o paciente só deve ser transferido para	A unidade de saúde possui medicamentos e suprimentos necessários para estabilização e tratamento das mulheres e dos RNs antes da transferência inter-hospitalar.

				outra unidade quando em boas condições hemodinâmicas.	
D4.E.03	Health care staff in the maternity unit receive in-service training and regular refresher sessions in referral protocols and guidelines at least once every 12 months	A equipe de saúde da maternidade recebe <b>formação contínua</b> e sessões regulares de atualização em protocolos e diretrizes de referência, pelo menos, uma vez a cada 12 meses	<b>A equipe de saúde</b> da maternidade recebe <b>treinamento em serviço</b> e sessões regulares de atualização acerca dos protocolos e diretrizes de encaminhamento <b>de mulheres e RNs</b>	É fundamental que todos os profissionais que atuam na rede de atenção materno-infantil estejam alinhados com as orientações e diretrizes operacionais de encaminhamento das mulheres e RNs que necessitam de encaminhamento para outros níveis de complexidade. Segundo os especialistas, a regulação deste processo é fundamental para garantir um atendimento integral e melhorar a qualidade do cuidado prestado à díade mãe-bebê.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido retirar a expressão “ <i>pelo menos uma vez a cada 12 meses</i> ”. Segundo o grupo o treinamento deve ser oportuno e, portanto, a periodicidade pode variar entre as unidades de saúde.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre os protocolos de encaminhamento para mulheres e recém-nascidos?
D4.E.04	The health facility has ready access to a functioning ambulance or other vehicle for emergency transport of women and newborns to referral facilities	A unidade de saúde tem pronto acesso a uma ambulância em funcionamento ou outro veículo para transporte de emergência de mulheres e recém-nascidos para unidades de referência	A unidade de saúde tem pronto acesso a uma ambulância ou outro veículo em funcionamento e devidamente equipado, para transporte de emergência de mulheres e recém-nascidos para unidades de referência	O transporte neonatal e de mulheres inter e intra-hospitalar deve ser realizado toda vez que a unidade origem não conseguir ofertar os cuidados necessários ao RN e à mulher. No entanto, o grupo apontou que, mais importante que ter um transporte de pronto acesso, é ter um transporte com as condições estruturais adequadas, capaz de garantir um transporte seguro. <b>Recomendação:</b> Item recomendado. O grupo sugeriu acrescentar a expressão “devidamente equipado” e descrever os materiais e equipamentos necessários, de acordo com a Legislação sanitária vigente	A unidade de saúde possui acesso rápido a uma ambulância devidamente equipada, em situações de urgência e emergência

D4.E.05	There is an up-to-date list of network facilities in the same geographical area that provide referral care for women and children	Há uma lista atualizada de unidades da rede na mesma área geográfica que prestam atendimento de encaminhamento para mulheres e crianças	Há uma lista atualizada de unidades da rede na mesma área geográfica que prestam atendimento de encaminhamento para mulheres e crianças	A lista com as unidades de referência podem estar impressas ou no formato digital.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A unidade de saúde possui uma lista impressa ou digital com as unidades de referência encaminhamento de mulheres e recém-nascidos após a alta hospitalar
D4.E.06	The health facility has local arrangements to ensure that women and newborns who cannot be managed at the health facility are referred to an appropriate level of care without delay, 24 h a day, 7 days a week	A unidade de saúde tem <b>convênios locais</b> para garantir que as mulheres e os recém-nascidos que não podem ser atendidos na unidade de saúde sejam encaminhados para um nível adequado de cuidados sem demora, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	A unidade de saúde garante o encaminhamento de mulheres e recém-nascidos para outra unidade sempre que necessário	A organização do SUS em Redes de Atenção permite ofertar uma atenção contínua e integral a uma determinada população. Um dos componentes da Rede cegonha é o sistema logístico que prevê o transporte sanitário e a regulação de leitos obstétricos e neonatais em tempo hábil e sempre que necessário, a fim de responder a uma dada condição de saúde.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado, após revisão da escrita. O grupo sugeriu substituir "cuidados sem demora, 24 horas por dia, 7 dias da semana", por "sempre que necessário".	A unidade de saúde garante o encaminhamento de mulheres e recém-nascidos para outra unidade, sempre que necessário
D4.E.07	The health facility has a standardized referral form to document relevant demographic and clinical information, which includes clinical findings, diagnosis, pre-referral interventions or treatment given and reason for referral	A unidade de saúde possui um formulário de referência padronizado para documentar informações demográficas e clínicas relevantes, que incluem achados clínicos, diagnóstico, intervenções pré-encaminhamento ou tratamento aplicado e motivo do encaminhamento	A unidade de saúde possui uma guia de referência padrão que é utilizada em todos os encaminhamentos para outras unidades de saúde, que documenta informações clínicas, intervenções, tratamento e motivo do encaminhamento.	As guias de referência são importantes documentos que devem ser preenchidos quando os usuários são encaminhados para o nível de complexidade adequado. O preenchimento das guias atenua as falhas na comunicação e contribui para impedir uma atenção desarticulada. Segundo os painelistas, o ideal é ter um sistema informatizado que permite a comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Porém, enquanto isso não é possível em algumas regiões do Brasil, a guia de referência devidamente preenchida é uma estratégia para aprimorar a integração e comunicação entre os serviços.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado,	A unidade de saúde possui uma guia de referência padrão que é utilizada em todos os encaminhamentos para outras unidades, que documenta informações clínicas, intervenções, tratamento e o motivo do encaminhamento.

				após revisão de escrita. O grupo sugeriu modificar o vocábulo “formulário” por “guia”; e “padronizado” por “padrão”	
D4.E.08	The health facility has reliable communication methods, including a mobile phone, land line or radio, which is functioning at all times, for referrals and consultation on complicated cases	A unidade de saúde possui métodos de comunicação confiáveis, incluindo telefone celular, linha fixa ou rádio, que funciona 24 horas por dia, para encaminhamentos e consultas em casos complicados	A unidade de saúde possui métodos de comunicação, incluindo telefone que funciona 24 horas por dia e/ou sistema informatizado para encaminhamentos e consultas em casos complicados.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A sugestão para exclusão do item não anula a sua importância. Os sistemas informatizados de encaminhamento são operados na APS (porta de entrada do SUS) ou por uma Central de Regulação, em municípios que ainda não são descentralizados.	
D4.E.09	Evidence that the health facility has formal agreements, communication arrangements and a feedback system with referral centre(s)	Evidência de que a unidade de saúde tem acordos formais, acordos de comunicação e um sistema de <i>feedback</i> com centro(s) de referência	Evidência que a unidade de saúde possui acordos formais, acordos de comunicação e um sistema de feedbacks com o(s) centro(s) de referência	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo os participantes, não ficou claro o que seriam os “acordos formais”, estabelecidos.	
D4.E.10	The health facility has a referral mechanism for women and families with complex emotional needs, and refers them for specialist care	A unidade de saúde possui mecanismo de encaminhamento para mulheres e famílias com necessidades emocionais complexas, e as encaminha para atendimento especializado.	A unidade de saúde possui mecanismo de encaminhamento para mulheres e famílias com necessidades emocionais complexas, e as encaminha para atendimento especializado.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A sugestão para exclusão do item não anula a sua importância. Os encaminhamentos para atendimento especializado são requeridos na APS. Na contrarreferência da maternidade para a Estratégia de Saúde da Família, a unidade sinaliza as necessidades prejudicadas da mulher, mas os encaminhamentos e acompanhamentos quem faz é a APS.	
D5.E.01	Easily understood health education materials, in an accessible written or pictorial format, are available in the languages of the communities served by the health facility	Materiais de educação em saúde de fácil compreensão, em formatos escritos ou ilustrados acessíveis, estão disponíveis nos idiomas das comunidades atendidas pela unidade de saúde	A unidade de saúde dispõe de materiais de educação em saúde escritos ou ilustrados, de fácil compreensão, acessíveis e disponíveis para a população atendida da unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Manter o item. Sugere-se tornar o item mais específico, colocando temas mínimos que devem ser abordados no cuidado à mulher e ao RN durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Foi sugerido também acrescentar materiais educativos digitais, muito utilizado atualmente pelas instituições de saúde. Fôlderes e cartazes escritos ou digitais com mensagens claras e	A unidade de saúde dispõe de materiais de educação em saúde escritos, ilustrados e digitais que sejam de fácil compreensão e acessíveis para a população atendida



				<p>objetivas, de fácil compreensão para a população-alvo, são estratégias de educação em saúde que podem ser desenvolvidas na unidade.</p> <p>Segundo o grupo, mais importante que a existência destes materiais, é garantir que a população tenha acesso e compreenda as informações que se quer transmitir.</p> <p>A escolha do que informar e o momento certo para fazê-lo é condição <i>sine qua non</i> para que o processo de educação em saúde seja efetivo.</p>	
D5.E.02	Health care staff in the maternity unit are oriented and receive in-service training at least once every 12 months to improve their interpersonal communication and counselling skills and cultural competence	Os profissionais de saúde da maternidade são orientados e recebem <b>formação contínua</b> , pelo menos, uma vez a cada 12 meses, para melhorar suas habilidades de comunicação interpessoal e aconselhamento e competência cultural	Os profissionais de saúde da maternidade são orientados e recebem treinamento em serviço para melhorar suas habilidades de comunicação interpessoal e, aconselhamento e competência cultural	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item vago, genérico e de difícil compreensão. Foi caracterizado pelos painelistas como confuso, apesar de abordar aspectos importantes como a competência cultura, por exemplo.	-
D5.E.03	The health facility has a written, up-to-date policy that outlines clear goals, operational plans and monitoring mechanisms to promote the interpersonal communication and counselling skills of health care staff	A unidade de saúde tem uma política escrita e atualizada que delinea metas claras, planos operacionais e mecanismos de monitoramento, para promover a comunicação interpessoal e as habilidades de aconselhamento da equipe de saúde.	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-	-
D5.E.04	Health care staff in the maternity unit receive supportive supervision in interpersonal communication, counselling and cultural competence every three months	<b>A equipe de saúde</b> da maternidade recebe supervisão de apoio na comunicação interpessoal, aconselhamento e competência cultural <b>a cada três meses</b>	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-	-
D5.E.05	The physical environment of the health facility allows privacy and the provision of respectful, confidential care, including the availability of curtains, screens, partitions and sufficient bed capacity.	O ambiente físico da unidade de saúde permite privacidade e a prestação de cuidados respeitosos e confidenciais, incluindo a disponibilidade de cortinas, biombos, divisórias e capacidade de leitos suficientes	As enfermarias e áreas de trabalho de parto garante a privacidade e respeito durante a prestação do cuidado, com leitos separados por cortinas, biombos e divisórias.	<b>Recomendação:</b> Manter item e tornar a escrita mais objetiva. O item verifica até que ponto as características do ambiente físico interferem na garantia do direito de privacidade e confidencialidade da mãe e bebê. É importante adequar a escrita deste indicador à RDC nº 36 que traz aspectos sobre a diretriz ambiência.	As enfermarias e áreas de trabalho de parto garante a privacidade e respeito durante a prestação do cuidado, com leitos separados por cortinas, biombos e divisórias.

				Garantir a privacidade durante o trabalho de parto, parto e puerpério é um dos aspectos que devem ser considerados pelos gestores e profissionais para que a mulher tenha uma experiência de parto positiva. Segundo o grupo, tanto o processo de trabalho como a organização do ambiente em que o cuidado é prestado, são aspectos que podem interferir, em alguma medida, na grantia desse direito.	
D5.E.06	The health facility has written, up-to-date protocols to ensure privacy and confidentiality for all women and newborns in all aspects of care.	A unidade de saúde escreveu protocolos atualizados, para garantir privacidade e confidencialidade para todas as mulheres e recém-nascidos, em todos os aspectos dos cuidados	A unidade de saúde possui protocolos atualizados e escritos para garantir a privacidade e confidencialidade para todas as mulheres e recém-nascidos em todos os aspectos do cuidado	Para o grupo de especialistas, apesar de ser um item importante, ter um protocolo para garantir privacidade e confidencialidade não parece ser factível. O protocolo consiste em um ocuemnto para subsidiar a adoção de procedimentos em situações específicas. A privacidade e confidencialidade são aspectos transversais que devem permear todo o cuidado ofertado à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós parto. Ou seja, devem ser perseguidas em todo o momento, durante a internação da mulher na maternidade.  <b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, a privacidade e a confidencialidade devem ser garantidos em todos os momentos da internação, devendo, portanto, serem considerados em todos os protocolos	
D5.E.07	The health facility has accountability mechanisms for redress in the event of violations of privacy, confidentiality or consent.	A unidade de saúde possui mecanismos de responsabilização para reparação em caso de violação de privacidade, confidencialidade ou consentimento.	A unidade de saúde tem <b>protocolos disponíveis e por escrito, que orientam sobre os procedimentos</b> para lidar com os casos de violação do direito das mulheres (privacidade, confidencialidade e não consentimento)	<b>Recomendação:</b> Item equivalente ao D5.E.17. Foi sugerido excluir esse e manter o D5.E.17. O grupo sugeriu que, ao invés de manter vários itens que abordam sobre tipos específicos de violação de direitos, manter apenas um item específico que aborda acerca da construção de	

				<p>um único documento que orienta os gestores e profissionais sobre as condutas institucionais nos casos de violação dos direitos das mulheres. Este protocolo deverá conter os procedimentos institucionais para casos específicos que configuram violação de direito, por exemplo, a violação da privacidade, confidencialidade ou obtenção de consentimento.</p> <p>Segundo o grupo, "mecanismos de responsabilização" não é a melhor expressão para o item. O vocábulo "responsabilização" reproduz a ideia de punição, contrariando todo o conceito difundido sobre cultura justa.</p> <p>Outro ponto apontado pelos painelistas foi que a negação de uma escolha informada é uma violação de direito e, portanto, consiste uma violência contra a mulher.</p>	
D5.E.08	The health facility has written, up-to-date, zero-tolerance non-discriminatory policies with regard to mistreatment of women and newborns.	A unidade de saúde redigiu políticas não discriminatórias de tolerância zero e atualizadas em relação aos maus-tratos de mulheres e recém-nascidos	A unidade de saúde redigiu políticas não discriminatórias de tolerância zero e atualizadas em relação aos maus-tratos de mulheres e recém-nascidos	<p>Recomendação: Manter item e redigi-lo, de modo a torná-lo mais objetivo. Segundo o grupo, o item trata basicamente da política de enfrentamento às vítimas de violência. Toda a unidade de saúde precisa priorizar documentos como protocolos, políticas e/ou fluxogramas capazes de orientar o atendimento da mulher vítima de violência na rede. Inclusive, um dos painelistas citaram a legislação nº 12.845/2013.</p> <p>Como há vários tipos de violência, o grupo sugeriu mapear na literatura científica os principais tipos de violência e abordá-los na política institucional.</p>	A unidade de saúde possui uma política escrita, disponível e atualizada que orienta sobre o atendimento à mulher em situação de violência.
D5.E.09	The health facility has a system whereby the mothers of small, sick newborns can be close to and nurse	A unidade de saúde possui <b>um sistema</b> através do qual as mães de recém-nascidos pequenos e doentes podem estar perto e amamentar seus	A unidade de saúde possui <b>uma estrutura</b> a qual permite que recém-nascidos internados em UTI Neonatal	Este item é fundamental para a humanização da atenção materno-infantil. São estratégias de	A unidade de saúde possui uma estrutura a qual permite que recém-nascidos internados em

	their babies.	bebês	sejam acompanhados pelos seus pais ou outro responsável, sem restrição, enquanto estiverem internados.	qualificação da atenção ao parto e de assistência ao bebê, cooperando para a segurança na oferta de cuidados.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado, após adequação da escrita. O grupo sugeriu substituir -recém-nascidos pequenos e doentes\ por -recém-nascidos internados em UTI Neonatal. Outra sugestão foi substituir -mães\ por -pais ou responsáveis\, conforme recomendado em Portaria publicada pelo Ministério da Saúde.	UTI Neonatal sejam acompanhados pelos seus pais ou outro responsável, sem restrição, enquanto estiverem internados.
D5.E.10	The fee structures for maternity and newborn care are equitable, affordable and clearly displayed	As estruturas de taxas para cuidados de maternidade e recém-nascidos são equitativas, acessíveis e claramente apresentadas	As estruturas tarifárias para a maternidade e cuidado dos recém-nascidos são equitativas, acessíveis e claramente exibidas		
D5.E.11	The health facility has written accountability mechanisms for redress in the event of mistreatment.	A unidade de saúde tem <b>mecanismos de responsabilização</b> , por escrito, para reparação em caso de maus-tratos	A unidade de saúde tem <b>orientações por escrito acerca dos procedimentos</b> para lidar com os casos de maus-tratos a <b>mulheres e recém-nascidos</b>	<b>Recomendação:</b> Agrupar este item ao D5.E.07, D5.E.17, pois todos caracterizam violação de direito.	
D5.E.12	The health facility has a written, up-to-date policy and protocols that outline women's and families' right to make a complaint about the care received and has an easily accessible mechanism (e.g. a box) for handing in complaints	A unidade de saúde possui <b>uma política e protocolos</b> escritos e atualizados, que descrevem o direito das mulheres e famílias de fazer uma reclamação sobre o atendimento recebido e possui <b>um mecanismo</b> de fácil acesso (por exemplo, uma caixa) para entrega de reclamações.	A unidade de saúde possui <b>protocolo por escrito</b> e atualizado que orienta sobre <b>os procedimentos</b> e direito das mulheres e famílias de registrar sua manifestação sobre o atendimento recebido	Toda unidade de saúde deve ter um protocolo que orienta sobre os procedimentos necessários para o registro das manifestações dos cidadãos que utilizam os seus serviços. Segundo o grupo, o protocolo subsidiará o gestor na condução das manifestações que deverão ser respondidas oportunamente ao usuário. <b>Recomendação:</b> Manter item e rever escrita. Os painelistas sugeriram retirar o trecho <i>-possui um mecanismo de fácil acesso (por exemplo, uma caixa) para entrega de reclamações\</i> , visto trata-se de outro elemento de verificação. Além do mais, sugeriram substituir o vocábulo <i>-reclamações\</i> por <i>-manifestações\</i> . Segundo um dos painelistas, a ouvidoria hospitalar é	A unidade de saúde possui protocolo escrito, disponível e atualizado que orienta sobre os procedimentos para o registro de manifestação dos cidadãos sobre o atendimento recebido.

				o setor responsável por receber, além de reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS.	
D5.E.13	Health care staff in the maternity unit receive in-service training and supportive supervision in respecting the rights of mothers and newborns, respectful care and accountability mechanisms. Orientation is provided for new staff	A equipe de saúde da maternidade recebe formação contínua e supervisão de apoio no respeito aos direitos das mães e dos recém-nascidos, cuidados e mecanismos de responsabilização. É fornecida orientação para novos funcionários	A equipe de saúde da maternidade recebeu orientações sobre os direitos da mulher e RN e procedimentos institucionais para lidar com as situações em que estes direitos são violados.	Os profissionais de saúde precisam ser constantemente orientados sobre os direitos da mulher. Estratégias de comunicação devem ser utilizadas pelas unidades para a divulgação e garantia desses direitos. É necessário que os procedimentos institucionais para lidar com os casos de violação fiquem claros para a equipe que presta a assistência à mulher e ao RN. O grupo criticou a expressão -mecanismos de responsabilização, pois alimenta a cultura punitiva, totalmente incompatível com a cultura de segurança. <b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido substituir a expressão -mecanismos de responsabilização por -procedimentos institucionais.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre direitos das mulheres e recém-nascidos e procedimentos para lidar com os casos de violação?
D5.E.14	The health facility policy for payment specifically precludes detention of a woman or baby for nonpayment	A política de pagamento do estabelecimento de saúde exclui especificamente a detenção de uma mulher ou bebê, por falta de pagamento	<b>Excluída no Método Delphi</b>		
D5.E.15	. The health facility has a complaints box, which is easily accessible to women and their families, is periodically emptied and the contents reviewed	A unidade de saúde dispõe de uma caixa de <b>reclamações</b> , de fácil acesso às mulheres e suas famílias, que é esvaziada periodicamente e revisto o conteúdo	A unidade de saúde dispõe de <b>caixas de manifestação</b> , de fácil acesso às mulheres e suas famílias, que é esvaziada periodicamente para revisão do conteúdo.	As caixas de manifestação são canais de interlocução do usuário com a gestão e profissionais de saúde. Podem ser vistas como estratégias utilizadas pelas unidades de saúde para promover e incentivar o feedback dos usuários sobre o atendimento realizado na instituição. O objetivo não é verificar somente reclamações, mas também elogios, sugestões de melhoria, ou quaisquer outros tipos de manifestações, a	A unidade de saúde dispõe de caixas de manifestação, de fácil acesso às mulheres e suas famílias, que é esvaziada periodicamente para análise das manifestações.

				partir da perspectiva de quem utiliza os serviços de saúde.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido substituir -caixa de reclamações por -caixa de manifestações, sendo este último a nomenclatura sugerida na Política Nacional de Ouvidoria do SUS.	
D5.E.16	Health care staff in the health facility receive in-service training and supportive supervision in effective informed consent procedures and in women's right to choose care at childbirth. Orientation is provided for new staff	A equipe de saúde na unidade de saúde recebe <b>formação contínua e supervisão de apoio</b> sobre procedimentos eficazes de consentimento informado e direito das mulheres de escolher os cuidados no parto. <b>É fornecida orientação para novos funcionários</b>	A equipe de saúde na unidade de saúde recebe <b>orientações</b> sobre os procedimentos para obter o consentimento informado e <b>assim, garantir a participação da mulher nos processos decisórios relacionados à sua saúde</b>	A participação da mulher em todos os processos decisórios relacionados à sua saúde é um direito que deve ser garantido pelas instituições de saúde. Foi citado que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS, já prevê esse direito de modo a garantir um atendimento digno, humanizado e de qualidade. <b>Recomendação:</b> Foi recomendada a substituição da expressão -formação contínua e supervisão de apoio por -orientações. Foi sugerida a retirada do trecho -é fornecida orientação para novos funcionários.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre procedimentos para obter o consentimento informado e assim, garantir a participação da mulher nos processos decisórios relacionados a sua saúde?
D5.E.17	The health facility has written accountability mechanisms for redress in the event that women are denied informed choice, and the mechanism is displayed	A unidade de saúde tem <b>mecanismos de responsabilização</b> por escrito para reparação, no caso de ser <b>negada às mulheres uma escolha informada</b> , e o mecanismo é exibido.	A unidade de saúde tem <b>protocolo, escrito e disponível, que orienta sobre os procedimentos</b> para lidar com todos os casos de violação do direito das mulheres - maus tratos, privacidade, consentimento, negação à escolha informada, confidencialidade.	<b>Recomendação:</b> O grupo sugeriu substituir a expressão -mecanismos de responsabilização por -protocolo sobre os procedimentos para lidar com os casos de violação do direito das mulheres. Outra sugestão apontada foi, ao invés de manter vários itens que abordam sobre tipos específicos de violação de direitos, manter apenas um item específico que aborda acerca da construção de um único protocolo que orienta os gestores e profissionais sobre as condutas institucionais nos casos de violação dos direitos das mulheres. Este protocolo deverá conter os procedimentos institucionais para cada caso específico que configura	A unidade de saúde tem <b>protocolo, escrito e disponível, que orienta sobre os procedimentos</b> para lidar com todos os casos de violação do direito das mulheres - maus tratos, privacidade, confidencialidade, negação à escolha informada, confidencialidade.

				<p>violação de direito, por exemplo: Tomada compartilhada de decisões, violação da autonomia e etc</p> <p>Segundo o grupo, -mecanismos de responsabilização! não é a melhor expressão para o item. O vocábulo -responsabilização! reproduz a ideia de punição, contrariando todo o conceito difundido sobre cultura justa.</p> <p>Outro ponto apontado pelos painelistas, foi que a negação de uma escolha informada é uma violação de direito e, portanto, consiste uma violência contra a mulher.</p>	
D5.E.18	The labour and childbirth areas are organized in such a way as to allow a physical private space for the woman and her companion at the time of birth	As áreas de trabalho de parto e parto são organizadas de forma a permitir um espaço físico privado para a mulher e seu acompanhante no momento do parto	As áreas de trabalho de parto e parto estão organizadas de forma a garantir a privacidade da mulher e seu acompanhante no momento do parto	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência. O item é equivalente ao a D5.E.05: -ambiência e privacidade!	
D5.E.19	The health facility has a written, up-to-date protocol, which is explained to women and their families, to encourage all women to have at least one person of their choice, as culturally appropriate, with them during labour, childbirth and the immediate postnatal period	A unidade de saúde possui um <b>protocolo escrito e atualizado</b> , que é explicado às mulheres e suas famílias, para encorajar todas as mulheres a terem, pelo menos, uma pessoa de sua escolha, conforme culturalmente apropriado, com elas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	A unidade de saúde possui uma <b>rotina por escrito e atualizada</b> , para encorajamento de todas as mulheres a terem, pelo menos, uma pessoa de sua escolha com elas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.		
D5.E.20	Health care staff in the health facility are oriented and receive in-service refresher training sessions at least once every 12 months on the evidence for and positive impact of the presence of a chosen companion during labour and birth.	<b>A equipe de saúde</b> da unidade de saúde é orientada e recebe sessões de atualização contínuas, <b>pelo menos, uma vez a cada 12 meses</b> sobre as evidências e o impacto positivo da presença de um acompanhante escolhido durante o trabalho de parto e parto	<b>A equipe de saúde</b> da unidade de saúde é orientada e recebe sessões de atualização contínuas sobre as evidências e o impacto positivo da presença de um acompanhante escolhido durante o trabalho de parto e parto	A atualização periódica quanto às evidências produzidas acerca dos benefícios da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto deve ser continuamente incentivada pelas instituições. No entanto, não parece tratar-se de um item que precisa ser monitorado periodicamente pelos gestores. Ademais, um acervo com as melhores evidências científicas sobre as vantagens da presença do acompanhante já estão disponíveis. Segundo o grupo, o gestor deve garantir que as mulheres tenham um	

				acompanhante de sua escolha durante toda a internação, situação esta que deve ser monitorada. <b>Recomendação:</b> Item não recomendado.	
D5.E.21	Orientation sessions and information (written or pictorial) are available to orient the companion on his or her role in supporting the woman during labour and birth.	Sessões de orientação e informações (escritas ou pictóricas) <b>estão disponíveis</b> para orientar o acompanhante sobre seu papel no apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto	<b>A unidade de saúde realiza</b> sessões de orientação e disponibiliza informações (escritas ou pictóricas) para orientar o acompanhante sobre seu papel no apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto	A presença de um acompanhante de livre escolha da mulher é uma direito de toda a mulher assegurado por uma Lei Federal. As evidências são claras e estão disponíveis sobre o quanto a presença do acompanhante durante o trabalho de parto melhora os resultados maternos e perinatais, inclusive as experiências fisiológicas de trabalho de parto e nascimento. Considerando que o acompanhante participa de todos os momentos de nascimento, é importante que seja orientado sobre a sua participação no apoio à mulher.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A unidade de saúde realiza sessões de orientação e disponibiliza informações (escritas ou pictóricas) para orientar o acompanhante sobre seu papel no apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto
D5.E.22	Health care staff in the labour and childbirth areas of the maternity unit were oriented in nonpharmacological and pharmacological pain relief and received in-service training or sessions at least once in the preceding 12 months	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade foi orientada sobre o alívio não farmacológico e farmacológico da dor <b>e recebeu formação ou sessões contínuas, pelo menos, uma vez nos últimos 12 meses</b>	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade foi orientada sobre os métodos de alívio não farmacológico e farmacológico da dor	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido retirar a expressão –uma vez a cada 12 meses!, considerando que as orientações devem ser oportunas, e ocorrer sempre que houver necessidade.  Um dos compromissos dos profissionais de saúde no momento do trabalho de parto e parto é proporcionar conforto para as mulheres e, desta forma, garantir boas experiências de nascimento. A dor do parto, quando não manejada adequadamente, pode produzir sensações negativas que dificultam o processo de nascimento. Desta forma, o profissional precisa conhecer alternativas para o alívio dessa dor, que podem ser farmacológicas ou não	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto?



				farmacológicas. O grupo considerou essa medida de extrema importância no âmbito das maternidades.	
D5.E.23	The health facility has a written, up-to-date protocol, which is explained to women and their families, to minimize unnecessary interventions, support normal labour and strengthen the woman's capability, so that she feels in control of her childbirth experience	A unidade de saúde possui <b>um protocolo</b> escrito e atualizado, que <b>é explicado</b> às mulheres e suas famílias, para minimizar intervenções desnecessárias, apoiar o parto normal e fortalecer a capacidade da mulher, para que ela se sinta no controle de sua experiência de parto	A unidade de saúde possui <b>cartilha de orientações por escrito</b> e atualizadas, para a mulher e seu acompanhante sobre o uso das boas práticas para apoiar o parto normal e melhorar a sua experiência de parto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado, após revisão de escrita. Foi sugerido substituir -protocolo por -cartilha de orientações; -minimizar intervenções desnecessárias por -uso das boas práticas para apoiar o parto normal e melhorar a sua experiência de parto. Protocolos são instrumentos de gestão para subsidiar a prática dos profissionais de saúde, e não são construídos para pacientes (mulheres e familiares). No caso da mulher e de seus familiares, orientações por escrito e compreensíveis poderão ser disponibilizadas pela instituição sobre o uso das boas práticas obstétricas, a fim de aumentar o seu protagonismo e melhorar a sua experiência de parto. Os painelistas ressaltaram que as orientações devem começar ainda durante o pré-natal, porque nem sempre durante o trabalho de parto, a mulher e seus familiares assimilam tais orientações.	A unidade de saúde possui uma cartilha de orientações escrita, disponível e atualizada, para a mulher e seu acompanhante, sobre o uso das boas práticas para apoiar o parto normal e melhorar a sua experiência de parto.
D5.E.24	Health care staff in the labour and childbirth areas of the maternity unit were oriented and received in-service training or refresher sessions at least once in the preceding 12 months to strengthen their interpersonal and cultural competence in providing emotional support	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade foi orientada e recebeu <b>formação contínua ou atualização, pelo menos, uma vez nos últimos 12 meses</b> , para fortalecer sua competência interpessoal e cultural na prestação <b>de apoio emocional</b>	<b>A equipe de saúde</b> nas áreas de trabalho de parto e parto da maternidade foi orientada e recebeu <b>treinamento em serviço</b> , para fortalecer sua competência <b>nas relações</b> interpessoais e cultural na prestação <b>do cuidado à mulher e ao recém-nascido</b>	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Ainda que seja um item importante, as relações interpessoais e a competência cultural são elementos transversais a todo cuidado ofertado no âmbito da maternidade durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Portanto, segundo o grupo, não devem ser trabalhados separadamente, mas juntamente às outras práticas.	
D6.E.01	. The health facility has skilled birth attendants available at all times, in	A unidade de saúde tem parteiras qualificadas disponíveis em todos os momentos, em	<b>Excluída no Método Delphi</b>		

	sufficient numbers to meet the anticipated work load	número suficiente para atender à carga de trabalho prevista			
D6.E.02	The health facility has a written, up-to-date staffing policy, listing the numbers, types and competence of staff, that is reviewed continuously according to the work load	A unidade de saúde tem uma política de pessoal escrita e atualizada, listando o número, tipos e competência do pessoal, <b>que é revisada continuamente de acordo com a carga de trabalho</b>	A unidade de saúde tem uma política de pessoal escrita e atualizada, listando o número de profissionais, categorias e competência do pessoal	Segundo o grupo, a gestão de recursos humanos é um campo de operacionalização no SUS. Isso cada vez mais se mostra nos processos de contratação, multiplicidade de vínculos e dimensionamento de pessoal nas unidades de saúde.  <b>Recomendação:</b> Manter item. Foi sugerido pelo grupo substituir -pessoal por recursos humanos!. Outra sugestão dos painelistas foi verificar se a construção da política institucional considera os conteúdos propostos pela política nacional de gestão de recursos humanos.	A unidade de saúde possui uma política escrita, disponível e atualizada que orienta sobre a gestão de recursos humanos
D6.E.03	The health facility has a roster that is displayed in all areas, giving the names of staff on duty, the times of their shifts and their specific roles and responsibilities	A unidade de saúde tem uma lista que é exibida em todas as áreas, com os nomes dos funcionários de plantão, os horários de seus turnos e suas funções e <b>responsabilidades específicas</b>	A unidade de saúde expõe de modo visível a escala mensal dos colaboradores em todos os setores de atendimento da maternidade.	A exposição das escalas mensais para a população usuária e todos os colaboradores da maternidade já é uma prática recomendada para todas as unidades de saúde do Brasil. É uma forma de se realizar a gestão da transparência dos recursos humanos. <b>Recomendação:</b> Item recomendado. As informações que devem constar na escala mensal são: nome e categoria profissional, setor, dias e horários trabalhados na semana, e carga horária mensal. Segundo o grupo, as funções e responsabilidades específicas devem constar do Regimento Interno da instituição e/ou setor no qual o profissional está lotado.	A unidade de saúde expõe, de forma visível, a escala mensal dos colaboradores em todos os setores de atendimento da maternidade.
D6.E.04	The health facility has a programme for continuing professional development and skills development for all skilled birth attendants and other support staff and conducts regular training	A unidade de saúde tem um programa para desenvolvimento profissional contínuo e desenvolvimento de habilidades para todas as parteiras qualificadas e outro pessoal de apoio e realiza treinamento regular	A unidade de saúde tem um programa para desenvolvimento profissional contínuo e desenvolvimento de habilidades para todas as parteiras qualificadas e outro pessoal de apoio e realiza treinamento regular	<b>Excluída no Método Delphi</b>	

D6.E.05	The health facility has standard procedures and plans for recruitment, deployment, motivation (recognition and reward scheme) and retention of all staff	A unidade de saúde possui procedimentos e planos padronizados para recrutamento, implantação, motivação (esquema de reconhecimento e recompensa) e retenção de toda a equipe	A unidade de saúde possui procedimentos e planos padronizados para recrutamento, implantação, motivação (esquema de reconhecimento e recompensa) e retenção de toda a equipe	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item apresenta elementos que devem integrar uma política de gestão de pessoal da instituição, além de se mostrar bastante genérico e pouco específico. No entanto, trata-se de um item importante quando se pensa em melhoria da qualidade do cuidado de saúde.	
D6.E.06	The health facility periodically appraises all staff and has a mechanism for recognizing good performance.	A unidade de saúde avalia periodicamente todo o pessoal e dispõe de um <b>mecanismo de reconhecimento do bom desempenho</b>	A unidade de saúde avalia periodicamente o desempenho dos colaboradores.	<b>Recomendação:</b> Manter item. O grupo sugeriu retirar -mecanismos de reconhecimento do bom desempenho. A avaliação de desempenho consiste em uma estratégia da gestão, capaz de subsidiar os gestores nas decisões relacionadas à pessoal. Do mesmo modo, a avaliação de desempenho, dependendo da metodologia utilizada, possibilita e estimula a inserção dos profissionais nos projetos de desenvolvimento pessoal e institucional.	Com qual frequência, a unidade de saúde avalia o desempenho dos profissionais?
D6.E.07	The health facility provides an enabling, supportive environment for professional staff development, with regular supportive supervision and mentoring	A unidade de saúde oferece um ambiente propício e de apoio para o desenvolvimento profissional da equipe, com supervisão e orientação regulares de apoio	A unidade de saúde oferece um ambiente propício e de apoio para o desenvolvimento profissional da equipe, com supervisão e orientação regulares de apoio	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Recomenda-se explicitar o que seria um ambiente propício para o desenvolvimento da equipe.	-
D6.E.08	The health facility facilitates inter-professional collaborative practice, with clear roles and responsibilities based on the professional scope of practice and care needs during labour, childbirth and the early postnatal period.	A unidade de saúde facilita a prática colaborativa interprofissional, com papéis e responsabilidades claros com base no âmbito profissional da prática e nas necessidades de cuidados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto precoce.	A unidade de saúde facilita a prática colaborativa interprofissional, com papéis e responsabilidades claros com base no âmbito da prática profissional e nas necessidades de cuidados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto precoce.	Retirar no painel	

D7.E.01	The health facility has a reliable water source on site and soap and towels (preferably disposable) or alcohol-based hand rub for hand hygiene	A unidade de saúde possui uma fonte de água confiável no local, sabonete e toalhas (de preferência descartáveis) ou álcool em gel para higienização das mãos	A unidade de saúde possui uma pia com água confiável, além de sabão e toalhas (de preferência descartáveis) ou gel para a higienização das mãos à base de álcool	<b>Recomendação:</b> Manter item. Segundo o grupo, é importante adequar a estrutura para a lavagem das mãos à legislação sanitária. A lavagem das mãos é a medida mais efetiva contra a infecção. Desta forma, a instituição deve garantir toda a estrutura para que os profissionais de saúde proceda a lavagem das mãos corretamente e sempre que necessário.	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário pia com água potável equipada com sabonete e toalhas de papel descartáveis e; pontos com álcool gel a 70% para assepsia das mãos
D7.E.02	The health facility ensures safe handling, storage and final disposal of infectious waste	A unidade de saúde garante manuseio, armazenamento e descarte final seguros de resíduos infecciosos	A unidade de saúde garante manuseio, armazenamento e descarte final seguros de resíduos infecciosos		
D7.E.03	The health facility ensures safe handling, storage (puncture resistant) and final disposal of sharps waste	A unidade de saúde garante manuseio seguro, armazenamento (resistente a perfurações) e descarte final de resíduos perfurocortantes	A unidade de saúde garante manuseio seguro, armazenamento (resistente a perfurações) e descarte final de resíduos perfurocortantes		
D7.E.04	The health facility has appropriate sterilizing facilities and disinfectants for instruments	A unidade de saúde dispõe de instalações adequadas de esterilização e desinfetantes para instrumentos	A unidade de saúde possui uma Central de Material de Esterilização (CME)	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A CME é uma recomendação que consta na RDC nº 50, que dispõe sobre os projetos físicos de estabelecimentos de saúde.	A unidade de saúde Possui uma Central de Material de Esterilização (CME)
D7.E.05	The health facility has a functioning incinerator or other appropriate method for treatment of infectious waste and used instrument	A unidade de saúde possui um incinerador em funcionamento ou outro método apropriado para o tratamento de resíduos infecciosos e instrumentos usados	A unidade de saúde possui incinerador em funcionamento ou outro método apropriado para o tratamento de resíduos infecciosos e instrumentos usados.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Geralmente, o tratamento dos resíduos infecciosos não é realizado na maternidade, mas em local específico por uma empresa terceirizada e habilitada para tal.	
D7.E.06	The health facility has written, up-to-date guidelines for standard infection control and precautions for transmission	A unidade de saúde escreveu diretrizes atualizadas para controle padrão de infecções e precauções para transmissão	A unidade de saúde escreveu diretrizes atualizadas para precauções padrão e controle da transmissão de infecção	Segundo os painelistas, a construção e divulgação de protocolos que orientam sobre os métodos de prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde é necessário e constitui uma medida recomendada pela ANVISA  <b>Recomendação:</b> Manter item. Foi	A unidade de saúde possui protocolos escritos, disponíveis e atualizados que orientam sobre as medidas de precaução para prevenção da infecção hospitalar

				sugerido trocar o vocábulo -diretrizes  por -protocolo .	
D7.E.07	Health care staff in the childbirth and neonatal areas of the maternity unit receive training in standard infection control and precautions for transmission at least once every 12 months.	As equipes de saúde <b>nas áreas de parto e neonatais da maternidade</b> recebem treinamento em controle padrão de infecção e precauções para transmissão, pelo menos, uma vez a cada 12 meses.	<b>As equipes de saúde</b> recebem treinamento sobre as medidas de precaução padrão e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Completar o vocábulo -infecções  com -Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde . Retirar a expressão -pelo menos, uma vez a cada 12 meses , considerando que todo treinamento deve ser oportuno e ocorrer sempre que houver necessidade. Segundo o grupo, este item é grande importância, pois as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um dos eventos adversos mais frequentes associados aos cuidados de saúde. Os profissionais de saúde devem ser constantemente orientados quanto à medidas para prevenção de IRAS, que deverão ser adotadas em todos os serviços de saúde, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controle das IRAS.	Com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade medidas de precaução padrão e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)?
D7.E.08	The health facility has leak-proof, covered, labelled waste bins and impermeable sharps containers available in every treatment area, to allow segregation of waste into four categories: sharps, nonsharps infectious waste, general non-infectious waste (e.g. food, packaging) and anatomical waste (e.g. placenta)	A unidade de saúde dispõe de lixeiras à prova de vazamentos, cobertas e rotuladas, e recipientes impermeáveis para perfurocortantes disponíveis em todas as áreas de tratamento, para permitir a segregação de resíduos em quatro categorias: perfurocortantes, resíduos infecciosos não perfurocortantes, resíduos não infecciosos em geral (por exemplo, alimentos, embalagens) e resíduos anatômicos (por exemplo, placenta)*.	A unidade de saúde dispõe de recipiente identificado, resistente à ruptura, impermeável, com pedal e tampa, para o acondicionamento e a segregação adequada do resíduo, de acordo com as suas características física e química, em todos os locais de atendimento à mulher e ao recém-nascido.	<b>Recomendação:</b> Adequar item às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no que tange ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário, recipiente identificado, resistente à ruptura, impermeável, com pedal e tampa para o acondicionamento e a segregação adequada do resíduo, de acordo com as suas características física e química, em todos os locais de atendimento à mulher e ao recém-nascido
D7.E.09	The health facility has at least one functioning hand hygiene station per 10 beds, with soap and water or alcohol-based hand rubs, in all wards	A unidade de saúde tem, pelo menos, um lavatório em funcionamento por 10 leitos, com água e sabão ou <b>desinfetante para as mãos à base de álcool</b> , em todas as enfermarias.	A unidade de saúde tem, pelo menos, um lavatório em funcionamento por 10 leitos, com água e sabão ou <b>produto à base de álcool</b> a 70%, em todas as enfermarias.	Recomendação: Item não recomendado. Cso seja acrescido no escopo dos itens, é necessário rever as orientações da RDC nº 50.	-
D7.E.10	The health facility has written, up-to-	A unidade de saúde escreveu protocolos	A unidade de saúde escreveu protocolos	O item apresenta muitos elementos,	A unidade de saúde possui

	date protocols and awareness-raising materials (posters) on cleaning and disinfection, hand hygiene, operating and maintaining water, sanitation and hygiene facilities and safe waste management; these are posted in the areas in which the activities are conducted	atualizados e materiais de conscientização (cartazes) sobre limpeza e desinfecção, higiene das mãos, operação e manutenção de instalações de água, saneamento e higiene e gestão segura de resíduos; esses são afixados nas áreas em que as atividades são realizadas.	atualizados sobre limpeza e desinfecção, higiene das mãos, operação e manutenção de instalações de água, saneamento e higiene e gestão segura de resíduos; esses estão disponíveis nas áreas em que as atividades são realizadas.	comprometendo a sua especificidade. Apesar de abordar aspectos importantes, a sua compreensão pelo grupo ficou dificultada.  <b>Recomendação:</b> Manter item e rever escrito. Foi sugerido desmembrar a verificação dos seguintes protocolos: Limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos hospitalares (D7.E.10.1); protocolo de higienização das mãos (D7.E.10.2); protocolo de controle da qualidade da água em instituições de saúde (D7.E.10.3); plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (D7.E.10.4).	protocolos escritos, disponíveis e atualizados que orientam sobre a limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos hospitalares (D7.E.10.1)  A unidade de saúde possui protocolos escritos, disponíveis e atualizados que orientam sobre a higienização das mãos (D7.E.10.2)  A unidade de saúde possui protocolo escrito, disponível e atualizado que orienta sobre o controle da qualidade da água em instituições de saúde Vigilância e controle da qualidade da água em serviços de saúde (D7.E.10.3)  A unidade de saúde possui um plano escrito, disponível e atualizado que orienta sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (D7.E.10.4).
D7.E.11	The health facility has sufficient trained, competent staff on site when needed, with clear descriptions of their responsibilities for cleaning, operating and maintaining water, sanitation, hygiene and health care waste facilities.	A unidade de saúde tem pessoal treinado e competente suficiente no local, quando necessário, com descrições claras de suas responsabilidades pela limpeza, operação e manutenção das instalações de água, saneamento, higiene e cuidados de saúde.	<b>Excluído no Delphi</b>		
D7.E.12	The health facility has sufficient funds for rehabilitation, improvement and continuous operation and maintenance of water, sanitation, hygiene and health care waste services	A unidade de saúde dispõe de fundos suficientes para a reabilitação, melhoria e operação e manutenção contínuas dos serviços de água, saneamento, higiene e resíduos de cuidados de saúde	A unidade de saúde dispõe de fundos suficientes para a reabilitação, melhoria e operação e manutenção contínuas dos serviços de água, saneamento, higiene e resíduos de cuidados de saúde.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Pouco relevante e preciso. Para as unidades públicas de saúde, as evidências já apontam para uma insuficiência de recurso financeiro.	
D7.E.13	The health facility has a preventive risk plan for managing and improving water, sanitation and hygiene services, including for infection prevention and control	A unidade de saúde possui um plano preventivo de risco para gerenciar e melhorar os serviços de água, saneamento e higiene, inclusive para prevenção e controle de infecções	A unidade de saúde possui um plano preventivo de risco para gerenciar e melhorar os serviços de água, saneamento e higiene, inclusive para prevenção e controle de infecções	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item D7.E.06 e D7.E.10, já orienta sobre a construção de protocolos voltados para a melhoria da qualidade da	

				água, higiene e controle de infecções.	
D8.E.01	The health facility has written, up-to-date guidance on harmful practices and unnecessary interventions during labour, childbirth and the early postnatal period	A unidade de saúde tem orientações escritas e atualizadas sobre práticas nocivas e intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce.	A unidade de saúde possui orientação escrita e atualizada sobre práticas nocivas e intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal precoce.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado.	-
D8.E.02	The health facility has conducted reviews of maternal and perinatal deaths and near-misses at least once a month within the past six months and has a mechanism for implementing the recommendations of reviews	A unidade de saúde realizou revisões de mortes maternas e perinatais e <b>quase acidentes</b> , pelo menos, uma vez por mês, nos últimos seis meses, e possui um mecanismo para implementar as recomendações de revisões	A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes maternas ou perinatais e <b>near miss materno</b> e possui um mecanismo para implementar as recomendações de análises	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O grupo recomendou especificar o near miss materno passível de investigação. Outra sugestão foi desmembrar o item a fim torná-lo mais objetivo e específico: A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes maternas (D8.E.02); A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes perinatais (D8.E.02.1); A unidade de saúde realiza a investigação de todas os near miss materno (D8.E.02.2) A vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais são obrigatórios em estabelecimentos de saúde públicos e privados e, portanto, precisam fazer parte do escopo de itens. Já o near-miss materno não é um evento de investigação obrigatória pelas unidades de saúde e, portanto, em muitas instituições ainda não é realizado. No entanto, a investigação com ferramentas apropriadas, possibilita o gestor identificar e direcionar as ações para dirimir os incidentes, além de fornecer recomendações mais efetivas para prevenir a sua recorrência.	A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes maternas (D8.E.02). A unidade de saúde realiza a investigação de todas as mortes perinatais (D8.E.02.1). A unidade de saúde realiza a investigação de todas os casos de near miss materno (D8.E.02.2)

D8.E.03	The health facility has standard operating procedures and protocols in place at all times for checking, validating and reporting data	A unidade de saúde tem procedimentos operacionais padrão e protocolos em vigor em todos os momentos para verificar, validar e relatar dados	A unidade de saúde possui procedimentos operacionais padronizados disponíveis a todo momento para a checagem, validação e comunicação de dados	Segundo o grupo, há dúvidas sobre quais dados o item se refere. Parece muito geral, dificultando a sua compreensão. <b>Recomendação:</b> Item não recomendado	
D8.E.04	The health facility has a written, up-to-date policy on triage and waiting times for emergency and non-emergency consultations and treatment	A unidade de saúde tem uma política escrita e atualizada sobre triagem e tempos de espera para consultas e tratamento de emergência e não emergência	A unidade de saúde possui um protocolo escrito e atualizado sobre acolhimento com avaliação e classificação de risco para consultas e tratamentos de emergência e não emergência	Segundo o grupo, a triagem é uma ferramenta necessária para manejar o risco clínico nas unidades de saúde. Ressaltaram que o acolhimento com classificação de risco é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que assegura uma atenção segura e com tempo de resposta oportuno. <b>Recomendação:</b> Manter item e rever escrita. Os painelistas sugeriram substituir o vocábulo -político por -protocolo e -triagem e tempo de espera por -acolhimento com classificação de risco, diretriz proposta na PNH.	A unidade de saúde possui um protocolo escrito, disponível e atualizado que sobre o acolhimento com avaliação e classificação de risco
D8.E.05	The health facility has clear communication channels to reach staff on duty at all times	A unidade de saúde tem canais de comunicação claros para alcançar o pessoal de plantão em todos os momentos	A unidade de saúde possui canais de comunicações claros para contatar os profissionais de plantão a todo momento,	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Não ficou claro o que seriam os canais de comunicação claros. Apesar de ser um item importante, não parece de relevância para compor os itens de avaliação da qualidade do cuidado materno e neonatal.	
D8.E.06	The health facility has a written, up-to-date plan for improving the quality of care and a patient safety programme	A unidade de saúde tem um plano escrito e atualizado, para melhorar a qualidade do atendimento e um programa de segurança do paciente	A unidade de saúde tem um plano escrito e atualizado, para melhorar a qualidade do atendimento e um programa de segurança do paciente	Um plano de qualidade e segurança do paciente subsidia o gestor na regulação das ações relacionada à qualidade e segurança do paciente na maternidade. Da mesma forma, mais importante que o Programa de Segurança do Paciente é que a maternidade tenha um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável pela operacionalização do Programa de Segurança do Paciente, junto com todos os colaboradores, conforme	A unidade de saúde possui um Plano de Qualidade e Segurança do Paciente escrito, disponível e atualizado (D8.E.06)  A unidade tem um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (D8.E.06.1).



				<p>recomendado pela RD nº36/2013, da Anvisa. Ou seja, tratam-se de 2 aspectos importantes, complementares, mas que devem ser verificados separadamente.</p> <p><b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido o desmembramento do item: existência do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente (D8.E.06); e outro verificando se a unidade tem um Núcleo de Segurança do Paciente (D8.E.06.1).</p>	
D8.E.07	The health facility has a written, up-to-date leadership structure, with defined roles and responsibilities and lines of accountability for reporting	A unidade de saúde tem uma estrutura de liderança escrita e atualizada, com funções e responsabilidades definidas e <b>linhas de prestação de contas para relatórios</b>	A unidade de saúde tem uma estrutura de liderança escrita e atualizada, com funções e responsabilidades definidas.	<p><b>Recomendação:</b> Manter item e rever escrita. Foi sugerido substituir a expressão –estrutura de liderança por –estrutura organizacionall.</p> <p>Segundo os painelistas, a estrutura organização de cada instituição de saúde deve estar descrita no Regimento Interno, bem como o detalhamento das atribuições de cada setor e de suas lideranças, constituem-se em informações organizacionais relevantes que servirão de base para orientar o processo decisório no âmbito da maternidade.</p>	A unidade de saúde possui um documento por escrito, atualizado e disponível com a estrutura organizacional e descrição das lideranças, suas funções e definição de responsabilidades.
D8.E.08	The health facility has a designated quality improvement team and responsible personnel	A unidade de saúde tem uma equipe de melhoria de qualidade designada e pessoal responsável	A unidade de saúde tem um setor com uma equipe responsável pelo planejamento e condução das ações de melhoria da qualidade.	<p>Nem todas as instituições de saúde possuem um setor específico de qualidade. Muitas vezes, as atividades relacionadas à gestão da qualidade são desenvolvidas por outros setores como os NSPs e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Segundo o grupo, isso decorre do desconhecimento do conceito de –Qualidadell pelos que conduzem os processos tanto assistenciais como aqueles voltados à gestão.</p> <p><b>Recomendação:</b> Item recomendado.</p>	Possui uma equipe designada de profissionais que atuam no setor de qualidade

D8.E.09	The health facility has a mechanism for regular collection of information on patient and provider satisfaction.	A unidade de saúde possui um mecanismo para coleta regular de informações sobre a satisfação <b>do paciente</b> e do provedor	A unidade de saúde avalia regularmente a satisfação dos colaboradores	Segundo o grupo de especialistas, a avaliação da satisfação dos colaboradores em uma organização de saúde é condição <i>sine qua non</i> para garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Os gestores da unidade de saúde devem prever no escopo de suas práticas de gestão, estratégias para captar a satisfação no trabalho na área da saúde, uma vez que está estreitamente associada ao desempenho individual, coletivo e organizacional. Outro aspecto apontado foi que o item dispõe, concomitantemente, sobre mecanismo para coleta regular de informações sobre a satisfação do paciente. Trata-se de dois aspectos complementares, mas diferentes. <b>Recomendação:</b> Item recomendado.	Com qual frequência a unidade de saúde avalia satisfação dos colaboradores?
D8.E.10	The health facility holds at least one monthly meeting to review data, monitor quality improvement performance, make recommendations to address any identified problems, honour those who have performed well and encourage staff who are struggling to improve	A unidade de saúde realiza, pelo menos, uma reunião mensal para revisar os dados, monitorar o desempenho da melhoria da qualidade, fazer recomendações para resolver quaisquer problemas identificados, homenagear aqueles que tiveram um bom desempenho e incentivar os funcionários que estão lutando para melhorar	A unidade de saúde realiza, pelo menos, uma reunião mensal para revisar os dados, monitorar o desempenho da melhoria da qualidade, fazer recomendações para resolver quaisquer problemas identificados, homenagear aqueles que tiveram um bom desempenho e incentivar os funcionários que estão lutando para melhorar.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Muti genérico, com múltiplos elementos. O fato da não recomendação não anula a importância do item.	-
D8.E.11	All standard governing procedures (policies and protocols) are in place and accessible to all relevant staff	Todos os procedimentos padrão (políticas e protocolos) estão em vigor e acessíveis a todos os funcionários relevantes	Todos os procedimentos padrão (políticas e protocolos) estão em vigor e acessíveis a todos os funcionários relevantes	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é equivalente a outros itens.	-
D8.E.12	The proportion of all health facility leaders who were trained in quality improvement and leading change (use of information, enabling behaviour, continuous learning)	A proporção de todos os líderes da unidade de saúde que foram treinados em melhoria da qualidade e liderança de mudanças (uso de informações, comportamento facilitador, aprendizado contínuo).	A proporção de todos os líderes de unidades de saúde que foram treinados para melhoria da qualidade e liderança orientada para mudanças (uso de informações, comportamento facilitador, aprendizado contínuo).	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar de interessante, é importante que esta discussão seja -azeitada e essa ideia da qualificação de líderes em prol de um melhor desempenho e melhoria da qualidade do cuidado de saúde seja uma proposta contínua. É uma estratégia que já vem sendo adotada por instituições como, por exemplo,	

				o Hospital Moinhos de Ventos, e o IHI, mas ainda está muito distantes do Brasil.	
D8.E.13	The health facility holds at least two annual meetings with stakeholders (e.g. the community, service users, partners) to review its performance, identify problems and make recommendations for joint actions to improve quality	A unidade de saúde realiza, pelo menos, duas reuniões anuais com as partes interessadas (por exemplo, a comunidade, usuários do serviço, parceiros), para revisar seu desempenho, identificar problemas e fazer recomendações para ações conjuntas para melhorar a qualidade.	A unidade de saúde realiza reuniões periodicamente com as partes interessadas (e.g. a comunidade atendida, usuários dos serviços de saúde, parceiros) para identificar problemas e fazer recomendações de ações conjuntas para melhorar a qualidade.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, cada vez mais a participação social, e o estímulo à inserção da população nas discussões relacionadas aos serviços de saúde, vem ganhando forma no Brasil. Consiste em uma ferramenta de gestão que permite ao gestor conhecer a perspectiva do usuário que utiliza os serviços e, assim propor ações de melhoria ou aprimoramento dos serviços. No entanto, no Brasil, estas reuniões são realizadas junto aos dispositivos de participação social: Conselhos Municipais, distritais, conferências,	
D8.E.14	The proportion of all health facility leaders who were trained in leadership and management skills	A proporção de todos os líderes de unidades de saúde que foram treinados em habilidades de liderança e gestão	A proporção de todos os líderes de unidades de saúde que foram treinados em habilidades de liderança e gestão	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é trivial, mas em muitas regiões do Brasil, cargos de liderança nem sempre são ocupados por gestores treinados para tal. A qualificação contínua das lideranças deve ser incentivada pelos serviços de saúde. No entanto, a viabilidade e a forma como isso se dará ainda não está definido.	
D8.E.15	A policy is in place for staff to provide feedback to the facility management on quality improvement and their performance.	Uma política está em vigor para que o pessoal forneça feedback à gestão da instalação sobre a melhoria da qualidade e seu desempenho.	Os profissionais de saúde fornecem feedback à gestão sobre as ações de melhoria da qualidade do serviço e seu desempenho na maternidade.	<b>Recomendação:</b> Manter item. A democratização da gestão é uma proposta da Política Nacional de Humanização, que implica na participação ativa de todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, inclusive os trabalhadores de saúde. Segundo o grupo, a participação dos trabalhadores é um modo de fazer gestão, que reconhece a indissociabilidade entre uma gestão participativa e a produção de um cuidado mais seguro, sustentável e de qualidade.	Com qual frequência os profissionais participam de sessões de feedback com os gestores para discutir sobre melhoria da qualidade e desempenho do serviço?

D8.E.16	The health facility has a functioning source of safe water located on the premises that is adequate to meet all demands for drinking, personal hygiene, medical interventions, cleaning, laundry and cooking for use by staff, women, newborns and their families	A unidade de saúde dispõe de uma fonte de água potável em funcionamento, localizada nas instalações, sendo adequada para atender a todas as demandas de consumo, higiene pessoal, intervenções médicas, limpeza, lavanderia e cozimento para uso dos funcionários, mulheres, recém-nascidos e suas famílias	A unidade de saúde dispõe de uma fonte de água potável em funcionamento para atender todas as demandas de consumo da maternidade.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Talvez para o contexto atual da pesquisa, este item não seja tão relevante, pois todas as unidades possuem água potável. No entanto, considerando que é um instrumento de avaliação a ser aplicado para todo o Brasil, deve ser mantido. Algumas regiões do país ainda possuem dificuldades em relação ao acesso à água potável e saneamento básico.	A unidade de saúde dispõe de uma fonte de água potável em funcionamento para atender todas as demandas de consumo da maternidade.
D8.E.17	The health facility has energy infrastructure (e.g. solar, generator, grid) that can meet all the electricity demands of the facility and associated infrastructure at all times, with a back-up power source	A unidade de saúde possui infraestrutura de energia (por exemplo, solar, gerador, rede) que pode atender a todas as demandas de eletricidade da unidade e infraestrutura associada, em todos os momentos, com uma fonte de energia de reserva	A unidade de saúde possui energia elétrica capaz de atender a toda unidade e um gerador em funcionamento que é acionado nos momentos em que houver falta de energia.	Ainda que seja trivial para o contexto em que a pesquisa foi desenvolvida, em muitos locais do Brasil a falta de energia e de um gerador ainda é uma realidade. Trata-se de um equipamento de infraestrutura de serviços de saúde. Todo o serviço de saúde deve garantir o fornecimento contínuo de energia elétrica e, em situações de interrupção do fornecimento, deverá acionar sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que a eletricidade é considerada insumo crítico. <b>Recomendação:</b> Item recomendado, após adequação da escrita. Substituir -fonte de energia de reservall por -geradorll	A unidade de saúde possui energia elétrica capaz de atender a toda unidade e um gerador em funcionamento que é acionado nos momentos em que houver falta de energia.
D8.E.18	The health facility has sanitation facilities on premises that are usable, appropriately illuminated at night, accessible to people with limited mobility and separated by gender for staff and patients; they include at least one toilet that meets the needs for menstrual hygiene management, with handwashing stations and soap and water (at least 1 latrine per 20 users for inpatient settings)	A unidade de saúde dispõe de instalações sanitárias em instalações utilizáveis, devidamente iluminadas à noite, acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida e separadas por gênero para funcionários e doentes; eles incluem, pelo menos, um banheiro, que atende às necessidades de gerenciamento de higiene menstrual, com lavatórios com água e sabão (pelo menos 1 latrina por 20 usuários para ambientes de internação).	A unidade de saúde possui banheiro para pacientes e sanitário para funcionários, com lavatórios contendo água e sabão, separados por gênero, devidamente iluminados, acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Adequar às recomendações da RDC nº50.	Os setores da maternidade devem possuir um sanitário para pacientes e funcionários, de acordo com as recomendações da RDC nº 50
D8.E.19	. The health facility has a fuel management plan and a local buffer	A instalação de saúde tem um plano de gestão de combustível e um estoque de segurança	A instalação de saúde tem um plano de gestão de combustível e um estoque de	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item de difícil	-

	stock, supported by an adequate budget for all the fuel needs for vehicles, cooking and heating, as relevant and as required, at all times	local, apoiado por um orçamento adequado para todas as necessidades de combustível para veículos, cozinha e aquecimento, relevantes e necessários, em todos os momentos.	segurança local, apoiado por um orçamento adequado para todas as necessidades de combustível para veículos, cozinha e aquecimento, relevantes e necessários, em todos os momentos.	compreensão.	
D8.E.20	.The health facility has an energy management plan supported by an adequate budget, maintained by appropriately trained staff and regulated by a competent authority	A unidade de saúde dispõe de um plano de gestão de energia suportado por um orçamento adequado, mantido por pessoal devidamente formado e regulamentado por uma autoridade competente	A unidade de saúde dispõe de um plano de gestão de energia suportado por um orçamento adequado, mantido por pessoal devidamente formado e regulamentado por uma autoridade competente	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item de difícil compreensão.	-
D8.E.21	The health facility has a labour ward and an adequate number of birthing rooms or areas for the estimated number of births in the service area	A unidade de saúde possui enfermaria de parto e um número adequado de salas ou áreas de parto para o número estimado de partos na área de serviço	A unidade de saúde possui enfermarias e áreas de parto com espaços condizentes com a Legislação Sanitária Brasileira.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido adequar o item às recomendações previstas na RDC nº 50/2022 e RDC nº 36/2008. O item está muito genérico. É necessário adequá-lo às exigências estruturais previstas na legislação sanitária. A estrutura da unidade de saúde interfere, em alguma medida, na experiência de parto da mulher.	A unidade de saúde possui enfermarias e áreas de parto com espaços condizentes com a Legislação Sanitária Brasileira.
D8.E.22	The health facility has clean, appropriately illuminated, well-ventilated labour, childbirth and neonatal areas and surroundings that allow for privacy and are adequately equipped, regularly cleaned and maintained	A unidade de saúde tem áreas de trabalho de parto, parto e neonatais limpas, adequadamente iluminadas e bem ventiladas, que permitem privacidade e são adequadamente equipadas, limpas e mantidas regularmente	A unidade de saúde tem áreas de trabalho de parto, parto e neonatais limpas, adequadamente iluminadas e bem ventiladas, que permitem privacidade e são adequadamente equipadas, limpas e mantidas regularmente	<b>Recomendação:</b> Item recomendado	A unidade de saúde tem áreas de trabalho de parto, parto e neonatais limpas, adequadamente iluminadas e bem ventiladas, que permitem privacidade e são adequadamente equipadas, limpas e mantidas regularmente
D8.E.23	A facility offering surgical services has an adequately equipped operating theatre located close to and easily accessible from the labour and childbirth areas	Uma unidade que oferece serviços cirúrgicos possui um centro cirúrgico adequadamente equipado, localizado próximo e de fácil acesso das áreas de trabalho de parto e parto.	A unidade possui um centro cirúrgico adequadamente equipado, localizado próximo e de fácil acesso às áreas de trabalho de parto e parto.	<b>Recomendação:</b> Item equivalente ao D1.E.24, portanto, foi retirado do escopo de itens.	
D8.E.24	The facility has a dedicated recovery room or area for care of women with complications	A unidade tem uma sala de recuperação ou área dedicada ao atendimento de mulheres com complicações	A unidade tem uma ala de internação para mulheres com gestação de alto risco, ou UTI materna para o atendimento de mulheres com complicações.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Substituir a expressão –sala de recuperação ou área dedicada ao atendimento de mulheres com complicações por UTI Materna. Item aplicado somente à smaternidades de referência para o	A unidade tem uma ala de internação para mulheres com gestação de alto risco, ou UTI materna para o atendimento de mulheres com complicações.

				parto de -alto riscoll	
D8.E.25	The health facility has a dedicated ward for admitting sick and unstable small babies	A unidade de saúde tem uma ala dedicada à admissão de bebês pequenos doentes e instáveis	A unidade de saúde tem uma ala de cuidados intensivos dedicada para tratamento de bebês pequenos, doentes e instáveis hemodinamicamente	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo o grupo, a previsão para a existência de unidades neonatais nos serviços de saúde deverá constar da Portaria nº 930/2012	A unidade de saúde tem uma ala de cuidados intensivos dedicada para tratamento de bebês pequenos, doentes e instáveis hemodinamicamente.
D8.E.26	The health facility has supplies of first- and second-line injectable antibiotics and other essential medicines available at all times for the management of women and newborns with, or at risk for, infections during labour, childbirth and the early postnatal period	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos injetáveis de primeira e segunda linha e outros medicamentos essenciais, disponíveis sempre, para o manejo de mulheres e recém-nascidos com ou em risco de infecções, durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce.	A unidade de saúde tem suprimentos de antibióticos injetáveis de primeira e segunda linha e outros medicamentos essenciais, disponíveis sempre, para o manejo de mulheres e recém-nascidos com ou em risco de infecções, durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Especificar os antibióticos e -outros medicamentosl .	-
D8.E.27	The health facility has essential laboratory supplies and tests (blood glucose, haemoglobin or packed cell volume, blood group and cross-matching, bilirubin, urine protein, full blood count, blood culture, electrolytes, renal and liver function tests, syphilis, HIV and malaria rapid diagnostic tests) to support the management of women and newborns	A unidade de saúde dispõe de insumos e exames laboratoriais essenciais (glicemia, hemoglobina ou hemácias, grupo sanguíneo e compatibilidade cruzada, bilirrubina, proteína na urina, hemograma completo, hemocultura, eletrólitos, testes de função renal e hepática, sífilis, HIV e testes de diagnóstico rápido de malária), para apoiar o manejo de mulheres e recém-nascidos	A unidade de saúde dispõe de insumos e exames laboratoriais essenciais (glicemia, hemoglobina ou hemácias, grupo sanguíneo e compatibilidade cruzada, bilirrubina, proteína na urina, hemograma completo, hemocultura, eletrólitos, testes de função renal e hepática, sífilis, HIV e testes de diagnóstico rápido de malária), para apoiar o manejo de mulheres e recém-nascidos	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Acrescentar exames hematológicos, bioquímicos, imunologia, sorologia, urinálise, hormonais e microbiológicos. Adequar outros exames às especificidades e perfil de cada instituição. O suporte laboratorial é importante em todas as maternidades. No entanto, o catálogo de exames essenciais pode variar de acordo com o perfil de cada maternidade. A maior parte dos exames laboratoriais é realizada ainda durante o pré-natal.	A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário equipamentos e suporte laboratorial necessário para o manejo diagnóstico e clínico de mulheres e RNs
D8.E.28	The health facility has a safe, uninterrupted oxygen source and delivery supplies (nasal prongs, catheters and masks), including nasal continuous positive airway pressure, available at all times in labour, childbirth and neonatal areas and the operating theatre (when available).	A unidade de saúde tem uma fonte de oxigênio segura e ininterrupta e suprimentos de entrega (prongas nasais, cateteres e máscaras), incluindo pressão nasal positiva contínua nas vias aéreas, disponível em todos os momentos, nas áreas de trabalho de parto, parto e neonatais e na sala de cirurgia (quando disponível)	A unidade de saúde tem em quantidade suficiente e sempre que necessário fontes seguras e ininterruptas de oxigênio nas áreas de internação  A unidade de saúde tem insumos e materiais para suporte ventilatório	O item verifica dois aspectos diferentes e, teoricamente, independentes: 1) rede de oxigênio funcionante e segura; 2) materiais e acessórios para suporte ventilatório. O termo -fonte de oxigênio segura é amplo e pouco específico. <b>Recomendação:</b> Manter item e rever escrita. Sugere-se desmembrá-lo para que se torne mais específico (D8.E.28.1). Quanto à fonte segura de oxigênio, adequar às	A unidade de saúde tem em quantidade suficiente e sempre que necessário fontes seguras e ininterruptas de oxigênio nas áreas de internação (D8.E.28) A unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário insumos e materiais para suporte ventilatório (D8.E.28.1)

				recomendações da NBR 12188.	
D8.E.29	The health facility has an on-site pharmacy and a medicine and supplies stock management system managed by a trained pharmacist or dispenser	A unidade de saúde dispõe de uma farmácia no local e de um sistema de gestão de estoque de medicamentos e aprovisionamentos, gerido por um farmacêutico ou distribuidor com formação	D8.E.29- A unidade de saúde dispõe de uma farmácia hospitalar sob responsabilidade técnica de um farmacêutico. D8.E.29.1 A unidade de saúde dispõe de um sistema de gestão de estoque e aprovisionamento de medicamentos.	Todos os hospitais, independente do tamanho e complexidade, deve possuir em sua estrutura um serviço de assistência farmacêutica, que deverá ser obrigatoriamente gerida por um profissional farmacêutico tecnicamente habilitado. <b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item parece um pouco trivial para a rotina e estrutura das instituições hospitalares em que a pesquisa será desenvolvida, mas reconhecendo a sua importância e as diferentes realidades, optou-se por deixá-lo. Outra sugestão foi desmembrar a verificação de um sistema de estoque e aprovisionamento de medicamentos (D8.E.29.1). Segundo o grupo, a gestão de estoque está associada à busca de um melhor planejamento e acesso aos medicamentos, devendo, portanto, ser mantido no escopo de itens de avaliação.	A unidade de saúde dispõe de uma farmácia hospitalar que está sob responsabilidade técnica de um farmacêutico (D8.E.29)  A unidade de saúde dispõe de um sistema de gestão de estoque e aprovisionamento de medicamentos (D8.E.29.1)
D8.E.30	The health facility has a dedicated budget for essential medicines, equipment (and its maintenance) and medical supplies for maternal and newborn care	A unidade de saúde tem um orçamento dedicado para medicamentos essenciais, equipamentos (e sua manutenção) e suprimentos médicos para cuidados maternos e neonatais	A unidade de saúde possui um orçamento dedicado a medicamentos essenciais, equipamentos (e sua manutenção) e suprimentos médicos para o cuidado materno e de recém-nascidos	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado.	

D8.E.31	The health facility has a functioning diagnostic ultrasound machine and trained health staff who can conduct a basic obstetric ultrasound examination to determine the number of fetuses present, gestational age, prenatal diagnosis of foetal anomalies or early diagnosis of placental insufficiency.	A unidade de saúde possui uma máquina de ultrassom de diagnóstico em funcionamento e equipe de saúde treinada que pode realizar um exame de ultrassom obstétrico básico para determinar o número de fetos presentes, idade gestacional, diagnóstico pré-natal de anomalias fetais ou diagnóstico precoce de insuficiência placentária	A unidade de saúde possui um aparelho de ultrassom funcionando e equipe de saúde treinada que pode realizar o exame de ultrassom obstétrico básico para determinar o número de fetos presentes, idade gestacional, diagnóstico pré-natal de anomalias fetais ou diagnóstico precoce de insuficiência placentária	<b>Recomendação:</b> Manter o item. Apesar de não ser uma determinação legal, é desejável que toda unidade de saúde tenha em seu espaço, pelo menos 01 aparelho de ultrassom funcionando e capaz de atender a demanda do serviço. A ultrassonografia obstétrica, em alguns casos, pode subsidiar o profissional no diagnóstico de alterações fetais e no manejo oportuno de intercorrências obstétricas. A ultrassonografia é um exame complementar importante, apesar de não ser habitualmente realizada.	A unidade de saúde possui sempre que necessário de um Aparelho de ultrassonografia funcionando, com profissional treinado para realização do exame.
<b>PROCESSO</b>					
D1.P.01	The proportion of all women who gave birth in the health facility whose blood pressure, pulse and temperature were appropriately recorded during labour, childbirth and the early postpartum period (and acted on if appropriate).	A proporção de todas as mulheres <b>que deram à luz</b> na unidade de saúde cuja pressão arterial, pulso e temperatura foram registrados adequadamente durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce (e contatados, se apropriado).	A proporção de todas as mulheres na unidade de saúde cuja pressão arterial, pulso e temperatura foram registrados adequadamente durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce (e contatados, se apropriado).	<b>Recomendação:</b> Item não-recomendado. O item é genérico. O vocábulo -adequadamente torna o indicador difícil de mensurar pela falta de especificidade.	
D1.P.02	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received oxytocin within 1 min of the birth of their baby	A proporção de todas as mulheres <b>que deram à luz na unidade de saúde</b> que receberam ocitocina dentro de 1 minuto após o nascimento de seu bebê.	Proporção de todas as mulheres que receberam Ocitocina dentro de 1 minuto após o nascimento do seu bebê.	<b>Recomendação:</b> Manter item. A ocitocina é um uterotônico, que promove a contração uterina, e assim previne hemorragia após o parto. Esse medicamento deve ser administrado pouco antes ou logo depois do bebê nascer. Ainda há controvérsias em relação ao tempo exato para administração.	Proporção de mulheres que receberam Ocitocina logo após o parto
D1.P.03	The proportion of all women who gave birth in the health facility whose progress in labour was correctly monitored and documented with a partograph and a 4-h action line	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde cujo progresso no trabalho de parto foi corretamente monitorado e documentado com um partograma e uma linha de ação de 4 horas.	Proporção de todas as mulheres cujo progresso no trabalho de parto foi corretamente monitorado e documentado com um partograma e uma linha de ação de 4 horas.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O partograma é uma ferramenta que quando adequadamente preenchidos possibilita os profissionais monitorarem o trabalho de parto, reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando os desfechos obstétricos.	Proporção de partogramas completos e preenchidos corretamente e uma linha de ação de 4 horas



D1.P.04	The proportion of all women who gave birth in the health facility whose urinalysis result was appropriately recorded during labour, childbirth and the early postpartum period (and acted on if appropriate)	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde cujo resultado da urinalise foi registrado adequadamente durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto precoce (e acionado, se apropriado).	Proporção de todas as mulheres cujo resultado da urinalise foi registrado adequadamente durante o trabalho de parto, parto e <b>puerpério imediato</b> .	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A urinalise não é um exame de rotina nas admissões de mulheres em serviços de maternidade. Só devem ser utilizados se a mulher tiver sinais e sintomas de infecção do Trato Urinário. Deste modo, não vale a pena deixar este item no escopo.	
D1.P.05	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received any option for pain relief during labour and childbirth.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam alguma opção para alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto.	Proporção de todas as mulheres que receberam alguma opção para alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Segundo os painelistas, a mulher tem o direito de solicitar anestesia ou medicamento para aliviar a dor durante o trabalho de parto, assim como a instituição tem o dever de atender a sua solicitação. No entanto, o grupo apontou que na grande maioria das instituições esse direito é negligenciado.	Você recebeu alguma anestesia ou medicamento para aliviar sua dor durante o trabalho de parto?
D1.P.06	The proportion of all women in postnatal care wards or areas in the health facility who have documented problems of blood pressure, pulse rate, vaginal bleeding, lochia or breastfeeding	A proporção de todas as mulheres em enfermarias de cuidados pós-parto ou áreas da unidade de saúde que têm problemas documentados de pressão arterial, pulsação, sangramento vaginal, lóquios ou amamentação.	A proporção de todas as mulheres em enfermarias ou áreas de atendimento pós-natal ou áreas da unidade de saúde que têm problemas documentados de pressão sanguínea, frequência cardíaca, sangramento vaginal, lóquios ou amamentação.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item muito genérico pouco específico e difícil de mensurar. Segundo o grupo, outros itens incluídos no escopo, são mais específicos e sensíveis, como de pré-eclâmpsia, hemorragia pós parto, etc., retratando melhor o fenômeno que se almeja investigar.	
D1.P.07	The proportion of all uncomplicated, spontaneous vaginal births in the health facility in which an episiotomy was performed	A proporção de todos os partos vaginais espontâneos e não complicados na unidade de saúde em que foi realizada uma episiotomia	A proporção de partos vaginais espontâneos em que foi realizada episiotomia	<b>Recomendação.</b> Item recomendado. Foi sugerido retirar a expressão -não complicadol, pois o parto com complicações não é critério para a realização de episiotomia.. Trata-se de uma prática que deve ser analisada individualmente, e seu uso deve se pautar em evidências científicas já produzidas. Segundo os especialistas, apesar da sua contraindicação na rotina do serviço obstétrico, muitas instituições ainda apresentam uma taxa alta deste procedimento.	A proporção de partos vaginais espontâneos em que foi realizada episiotomia

D1.P.08	The proportion of women undergoing caesarean section in the health facility according to Robson classification groups	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson.	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade (D1.P.28)	-
D1.P.09	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received augmentation of labour with no indication of delay in progress of labour	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam aumento do trabalho de parto sem indicação de atraso no andamento do trabalho de parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam alguma medicação para acelerar o trabalho de parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após ajuste da escrita. O grupo recomendou retirar a expressão –sem indicação!, pois pode ser um confundidor .. Enfatizou que se trata de um item importante, que deve ser monitorado pelas maternidades, pois o uso indevido de uterotônico pode contribuir para a morbimortalidade materna e neonatal.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam alguma medicação para acelerar o trabalho de parto
D1.P.10	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received routine pubic or perineal shaving before a vaginal birth	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam depilação púbica ou perineal de rotina antes do parto vaginal.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam depilação púbica ou perineal de rotina antes do parto vaginal.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Trata-se de uma prática que já não é mais utilizada nas maternidades brasileiras. Deste modo, o item perde a sua relevância.	-
D1.P.11	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received routine enemas at any time before vaginal birth	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam enemas de rotina em qualquer momento antes do parto vaginal	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam enemas de rotina em qualquer momento antes do parto vaginal	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Trata-se de uma prática que já não é mais utilizadas nas maternidades brasileiras. Deste modo, o item perde a sua relevância.	-
D1.P.12	The proportion of all healthy mothers on postnatal wards or areas in the health facility who received breastfeeding counselling and support from a skilled health care provider	A proporção de todas as mães saudáveis em enfermarias ou áreas pós-parto da unidade de saúde que receberam aconselhamento e apoio sobre amamentação de um profissional de saúde qualificado.	A proporção de todas as mulheres que receberam aconselhamento e apoio sobre amamentar de um profissional de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido pelos participantes, retirar a expressão –profissional de saúde qualificado!, dado a sua subjetividade. (O que seriam profissionais qualificados). O apoio contínuo dos profissionais, desde o pré-natal, pré parto, passando pelo puerpério imediato e pós-parto, é fundamental para prevenir o desmame precoce. O acolhimento, a escuta qualificada, oportunizando o esclarecimento de dúvidas, incentiva a troca de experiências e ajuda a prevenir o desmame precoce.	Com qual frequência você recebeu aconselhamento e apoio para amamentar de um profissional de saúde?
D1.P.13	The proportion of all women who	A proporção de todas as mulheres que deram à	A proporção de todas as mulheres que	<b>Recomendação:</b> Item não	-

	gave birth in the health facility who were allowed to room-in with their newborn 24 h a day	luz na unidade de saúde que foram autorizadas a ficar com o recém-nascido 24 horas por dia.	deram à luz na unidade de saúde que foram autorizadas a ficar com o recém-nascido 24 horas por dia.	recomendado por equivalência (D1.P.07)	
D1.P.14	The proportion of all postpartum women in the health facility who were offered counselling on birth spacing and family planning methods before discharge	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre intervalo de tempo entre partos e métodos de planejamento familiar antes da alta.	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre intervalo de tempo entre partos e métodos anticoncepcionais antes da alta.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D2.R.02).	-
D1.P.15	The proportion of all women with severe pre-eclampsia or eclampsia in the health facility who received the full dose of magnesium sulfate	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia grave na unidade de saúde que receberam a dose completa de sulfato de magnésio	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia grave na unidade de saúde que receberam a dose completa de sulfato de magnésio	<b>Recomendação:</b> Item recomendado O monitoramento deste item é fundamental para avaliar o processo de trabalho da equipe no manejo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Trata-se de um item já utilizado nas maternidades que foram cenários da pesquisa.	Proporção de mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que receberam a dose recomendada de Sulfato de Magnésio conforme protocolo institucional (Registro em prescrição).
D1.P.16	The proportion of all women who had severe pre-eclampsia or eclampsia in the health facility who did not receive the full dose of magnesium sulfate because of a stock-out.	A proporção de todas as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia na unidade de saúde que não receberam a dose completa de sulfato de magnésio, por falta de estoque	A proporção de todas as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia na unidade de saúde que não receberam a dose completa de sulfato de magnésio, por falta de estoque	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D1.P.15).	-
D1.P.17	The proportion of all women with severe pregnancy-induced hypertension in the health facility who received the recommended antihypertensives	A proporção de todas as mulheres com hipertensão grave induzida pela gravidez na unidade de saúde que receberam os anti-hipertensivos recomendados	A proporção de todas as mulheres com hipertensão grave induzida pela gravidez na unidade de saúde que receberam os anti-hipertensivos recomendados	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, os anti-hipertensivos recomendados vão depender da condição clínica de cada mulher. Quais são os anti-hipertensivos recomendados? Isso não foi dado pelo item.	-
D1.P.18	The proportion of all women with pre-eclampsia in the health facility whose condition progressed to eclampsia	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia na unidade de saúde cuja condição progrediu para eclâmpsia	A proporção de todas as mulheres internadas que tiveram o diagnóstico de pré eclâmpsia.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após revisão da escrita. Sugere-se tornar a escrita mais objetiva considerando somente as mulheres que tiveram o diagnóstico de eclâmpsia. Entende-se a que a eclâmpsia é uma evolução da pré eclâmpsia.	A proporção de todas as mulheres internadas que tiveram o diagnóstico de pré- eclâmpsia.

D1.P.19	The proportion of all women with post-partum haemorrhage in the health facility who received therapeutic uterotonic drugs	A proporção de todas as mulheres com hemorragia pós-parto na unidade de saúde que receberam medicamentos uterotônicos terapêuticos	A proporção de todas as mulheres com hemorragia pós-parto na unidade de saúde que receberam medicamentos uterotônicos terapêuticos	<b>Recomendação:</b> Item recomendado O item é extremamente importante e verifica o uso correto de Uterotônico e a capacidade técnica dos profissionais no manejo da HPP.	A proporção de todas as mulheres com hemorragia pós-parto na unidade de saúde que receberam medicamentos uterotônicos terapêuticos
D1.P.20	The proportion of all women in the health facility with post-partum haemorrhage due to a retained placenta for whom manual removal of the placenta was performed by a skilled birth attendant.	A proporção de todas as mulheres na unidade de saúde com hemorragia pós-parto devido a uma retenção de placenta, para as quais a remoção manual da placenta foi realizada por uma parteira qualificada.	<b>Excluída no Método Delphi</b>	<b>Excluída no Método Delphi</b>	-
D1.P.21	The proportion of all nulliparous women in the health facility with a singleton cephalic foetus at $\geq 37$ weeks' gestation who underwent caesarean section during spontaneous labour (Robson group 1)	A proporção de todas as mulheres nulíparas com feto cefálico único com $\geq 37$ semanas de gestação que foram submetidas à cesariana durante o trabalho de parto espontâneo (grupo 1 de Robson).	A Proporção de todas as mulheres nulíparas submetidas à cesariana durante o trabalho de parto espontâneo (grupo 1 de Robson)	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade (D1.R.18).	-
D1.P.22	The proportion of all women who underwent caesarean section in the health facility who received prophylactic antibiotics before caesarean section	A proporção de todas as mulheres que foram submetidas à cesariana na unidade de saúde que receberam antibióticos profiláticos antes da cesariana	A proporção de todas as mulheres que receberam antibióticos profiláticos antes da cesariana de urgência ou eletiva.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado Houve uma divergência em relação às opiniões dos profissionais. No entanto, o maior número de painelistas alegaram que o uso apropriado de antibióticos pode reduzir os riscos de infecção puerperal. No entanto, não houve consenso em relação ao momento ideal para a realização da antibioticoprofilaxia.	A proporção de todas as mulheres que receberam antibióticos profiláticos antes da cesariana de urgência ou eletiva.
D1.P.23	The proportion of all women who gave birth in the health facility with preterm pre-labour rupture of membranes who received antibiotics	A proporção de todas as mulheres com ruptura prematuras das membranas no pré termo que receberam antibióticos	A proporção de todas as mulheres com ruptura prematuras das membranas no pré termo que receberam antibióticos	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado, devido a falta de especificidade do indicador. A antibioticoterapia no pré-termo vai depender do período gestacional e de outras variáveis. Neste sentido, cada caso será avaliado individualmente. Recomenda-se realizar a tratativa das rupturas no pré-termo que evoluíram para infecções.	-

D1.P.24	The proportion of all women in the health facility with third- or fourth-degree perineal tears who received antibiotics	A proporção de todas as mulheres na unidade de saúde com lacerações perineais de terceiro ou quarto grau que receberam antibióticos	A proporção de mulheres que tiveram lacerações perineais de terceiro ou quarto grau.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Sugere-se retirar a expressão -que receberam antibiótico. O que se deve buscar é o monitoramento de eventos adversos como as lacerações, para subsidiar o planejamento de intervenções.	A proporção de mulheres que tiveram lacerações perineais de terceiro ou quarto grau.
D1.P.25	The proportion of all birthing or postpartum women in the health facility with signs of infection who received injectable antibiotics	A proporção de todas as mulheres em trabalho de parto ou em pós-parto na unidade de saúde com sinais de infecção que receberam antibióticos injetáveis	A proporção de todas as mulheres em trabalho de parto ou em pós-parto na unidade de saúde com sinais de infecção que receberam antibióticos injetáveis	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, a infecção deve ser diagnosticada para o uso oportuno e seguro dos antibióticos. A prescrição baseada apenas em -sinais pode gerar uma super exposição à agentes antimicrobianos, exceto no caso de sepse, em que se tem um modelo, já validado, de sinal de alerta.	-
D1.P.26	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had a temperature of > 38 °C or other signs of infection (foul-smelling or purulent lochia) after childbirth.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que apresentaram temperatura >38 °C ou outros sinais de infecção (lôquio purulento ou malcheirosos) após o parto	A proporção de todas as mulheres que apresentaram algum sinal de infecção puerperal	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Este item é importante, pois mede para além dos casos prováveis de infecção, denunciando a capacidade da equipe reconhecer precocemente os sinais sugestivos de infecção e intervir em tempo oportuno. O grupo recomendou descrever os sinais de infecção recomendados pelo Ministério da Saúde.	A proporção de todas as mulheres que apresentaram algum sinal de infecção puerperal
D1.P.27	The proportion of all uncomplicated, spontaneous vaginal births in the health facility in which an episiotomy was performed	A proporção de partos normais espontâneos e sem complicações na unidade de saúde nos quais uma episiotomia foi realizada	A proporção de episiotomias em partos normais espontâneos	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade (D1.P.07)	-
D1.P.28	The proportion of women undergoing caesarean section in the health facility according to Robson classification groups	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O número de cesarianas ainda é bem alto nas maternidades principalmente nas privadas. Monitorar as causas que levaram à realização do parto cesárea é fundamental para reduzir o uso de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto. A Classificação de Robson é uma classificação	Proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde segundo grupos de classificação de Robson

				proposta pela OMS que auxilia os gestores a responderem quem são as mulheres submetidas à cesariana. Não basta somente monitorar a taxa de cesárea, mas visualizar em qual grupo há excessos dessa intervenção. Trata-se da classificação que mais preenche os requisitos essenciais para análise da taxa de cesarianas.	
D1.P.29	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received augmentation of labour with no indication of delay in progress of labour	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam aumento do trabalho de parto sem indicação de atraso no andamento do trabalho de parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade e receberam alguma medicação para acelerar o trabalho de parto	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade (D1.P.09)	-
D1.P.30	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received routine pubic or perineal shaving before a vaginal birth	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam raspagem púbica ou perineal de rotina antes de um parto normal.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam raspagem púbica ou perineal de rotina antes de um parto normal.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A raspagem ou tricotomia já não é mais uma prática realizada nas maternidades brasileiras, o que torna o item sem relevante.	-
D1.P.31	The proportion of all women who gave birth in the health facility who received routine enemas at any time before vaginal birth	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam clisteres rotineiros a qualquer momento antes do parto normal	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que receberam clisteres rotineiros a qualquer momento antes do parto normal	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O clister ou enema já não é mais uma prática realizada nas maternidades brasileiras, o que torna o item sem relevante.	-
D1.P.32	The proportion of skilled birth attendants at the health facility who received in-service training, a refresher session or mentoring within the past 12 months	A proporção de parteiras tradicionais qualificadas na unidade de saúde que recebeu treinamento em serviço, sessões de atualização e tutorias dentro dos últimos 12 meses.	<b>Item excluído no Método Delphi</b>	<b>Item excluído no Método Delphi</b>	-
D1.P.33	The proportion of all women who had severe pre-eclampsia or eclampsia in the health facility who did not receive the full dose of magnesium sulfate because of a stock-out.	A proporção de todas as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia na unidade de saúde que não receberam a dose completa de sulfato de magnésio, por falta de estoque	A proporção de todas as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia na unidade de saúde que não receberam a dose completa de sulfato de magnésio, por falta de estoque	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por duplicidade.	-
D1.P.34		A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que compraram luvas e	<b>Item excluído no Método Delphi</b>		

		outros itens necessários			
D2.P.01	The proportion of all newborns who were breastfed within 1 h of birth	A proporção de todos os recém-nascidos que foram amamentados até 1 hora após o nascimento	A proporção de todos os recém-nascidos que foram amamentados na primeira hora de vida	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Trata-se de uma recomendação nacional, associado à menor mortalidade neonatal.	A proporção de todos os recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida
D2.P.02	The proportion of all newborns who were kept in skin-to-skin contact (with body and head covered) with their mothers for at least 1 h after birth.	A proporção de todos os recém-nascidos que foram mantidos em contato pele a pele (com o corpo e a cabeça cobertos) com suas mães por, pelo menos, 1 hora após o nascimento	A proporção de recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele com suas mães na primeira hora de vida.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Substituir a expressão -pelo menos 1 horal por -na primeira hora de vida. A promoção do contato mãe-bebê deve ser incentivada logo após o parto.	A proporção de recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele com suas mães na primeira hora de vida.
D2.P.03	The proportion of all newborns who received all four elements of essential newborn care: immediate and thorough drying, immediate skin-to-skin contact, delayed cord clamping and initiation of breastfeeding in the first hour	A proporção de todos os recém-nascidos que receberam todos os quatro elementos de cuidados essenciais ao recém-nascido: secagem imediata e completa, contato pele a pele imediato, clameamento tardio do cordão umbilical e início da amamentação na primeira hora.	A proporção de todos os recém-nascidos que receberam todos os quatro elementos de cuidados essenciais ao recém-nascido: secagem imediata e completa, contato pele a pele imediato, clameamento tardio do cordão umbilical e início da amamentação na primeira hora.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item está muito genérico e apresenta elementos que já são verificados isoladamente em outros itens.	-
D2.P.04	The proportion of all newborns whose umbilical cord was clamped 1–3 min after birth	A proporção de todos os recém-nascidos cujo cordão umbilical foi clameado 1-3 minutos após o nascimento	A proporção de todos os recém-nascidos cujo cordão umbilical foi clameado entre 1 a 3 minutos após o nascimento.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O clameamento do cordão umbilical em RN sem intercorrências deverá ser feito em pelos menos de 1 a 3 minutos. Trata-se de uma recomendação nacional baseada em evidências científicas.	A proporção de recém-nascidos que tiveram o cordão umbilical clameado entre 1 a 3 minutos após o nascimento.
D2.P.05	The proportion of all newborns who were dried immediately and thoroughly at birth.	A proporção de todos os recém-nascidos que foram secos imediatamente e completamente ao nascer.	A proporção de todos os recém-nascidos que foram secos imediatamente e completamente ao nascer.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Trata-se de uma rotina já instituída nas salas de parto, não sendo relevante o seu monitoramento.	
D2.P.06	The proportion of all newborns who had a normal body temperature (36.5–37.5 °C) at the first complete examination (60–120	A proporção de todos os recém-nascidos que apresentaram temperatura corporal normal (36,5–37,5 °C) no primeiro exame completo	A proporção de todos os recém-nascidos que apresentaram hipotermia nas	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A hipotermia é um preditor de morbidade e mortalidade neonatal e indica a qualidade do cuidado prestado ao RN na instituição.	A proporção de recém-nascidos internados que apresentaram episódio de hipotermia nas primeiras horas após o

	min after birth)	(60–120 min após o nascimento)	primeiras horas após o nascimento	Segundo o grupo, não faz sentido monitorar os RNs que não tiveram hipotermia. Ao contrário, destacaram a importância de monitorar a hipotermia, como um evento adverso, que decorre da prestação dos cuidados de saúde. As primeiras horas após o nascimento constituem momentos mais críticos decorrentes da adaptação do meio externo, para o recém-nascido.	nascimento.
D2.P.07	The proportion of all newborns on postnatal care wards or areas in the health facility who received vitamin K and full vaccination as per national guidelines	A proporção de todos os recém-nascidos em enfermarias de cuidados pós-parto ou áreas na unidade de saúde que receberam vitamina K e vacinação completa de acordo com as diretrizes nacionais	A proporção de todos os recém-nascidos internados na unidade de saúde que receberam vitamina K e vacinação completa de acordo com as diretrizes nacionais	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Geralmente as vacinações são feitas nas UBS, com exceção da Vitamina K. A expressão todas as vacinações tornou o item genérico, sem especificidade.	-
D2.P.08	The proportion of all stable newborns in the health facility who are fed exclusively on breast milk from birth to discharge	A proporção de todos os recém-nascidos estáveis na unidade de saúde que são alimentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento até a alta	Proporção de todos os recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade (D2.R.01)	-
D2.P.09	The proportion of all newborns in the health facility who received a full clinical examination before discharge	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde que receberam um exame clínico completo antes da alta.	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde que receberam um exame clínico completo antes da alta.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A avaliação clínica antes da alta é trivial. O que seria um exame completo?	-
D2.P.10	The proportion of all healthy mothers and newborns who received care for at least 24 h after an uncomplicated vaginal birth in a health facility	A proporção de todas as mães e recém-nascidos saudáveis que receberam cuidados por, pelo menos, 24 horas após um parto vaginal sem complicações em uma unidade de saúde.	<b>Excluído no Método Delphi</b>	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-
D2.P.11	The proportion of all newborns on postnatal care wards or areas in the health facility for whom there is documented information on the newborn body temperature, respiratory rate, feeding behaviour and the absence or presence of	A proporção de todos os recém-nascidos em enfermarias ou áreas de cuidados pós-parto para os quais existem informações documentadas sobre a temperatura corporal, frequência respiratória, comportamento alimentar e ausência ou presença de sinais de	A proporção de todos os recém-nascidos em enfermarias ou áreas de cuidados pós-parto para os quais existem informações documentadas sobre a temperatura corporal, frequência respiratória, comportamento alimentar e ausência ou	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar de importante o item é muito trivial para o Brasil. É obrigatório o registros rotineiros destes dados pelos profissionais. Mais relevante, seria verificar a	-



	danger signs	perigo.	presença de sinais de perigo.	qualidade dos dados registrados.	
D2.P.12	The proportion of all newborns who were not breathing spontaneously after additional stimulation at the health facility who were resuscitated with a bag-and-mask	A proporção de todos os recém-nascidos que não respiravam espontaneamente após estimulação adicional na unidade de saúde que foram ressuscitados com balão e máscara.	A proporção de todos os recém-nascidos que não respiravam espontaneamente após estimulação adicional na unidade de saúde que foram ressuscitados com balão e máscara.	<b>Recomendação:</b> O grupo sugeriu agrupar os itens D2.P.12, D2.P.13, D2.R.04 pois são itens equivalentes, relacionados à asfixia perinatal. A asfixia perinatal é a terceira causa de morte neonatal no mundo. Trata-se de um evento inesperado, com altas taxas de morbidade. Monitorar os casos de asfixia perinatal é fundamental para propor estratégias de melhoria na abordagem destes casos (treinamento da equipe, protocolo)	Proporção de recém-nascidos vivos com asfixia perinatal logo após o nascimento
D2.P.13	The proportion of all newborns who were not breathing spontaneously after additional stimulation at the health facility who were resuscitated with a bag-and-mask within 1 min of birth	A proporção de todos os recém-nascidos que não estavam respirando espontaneamente após estimulação adicional na unidade de saúde, que foram ressuscitados com bolsa e máscara dentro de 1 minuto após o nascimento.	A proporção de todos os recém-nascidos que não estavam respirando espontaneamente após estimulação adicional na unidade de saúde, que foram ressuscitados com bolsa e máscara dentro de 1 minuto após o nascimento.	<b>Recomendação:</b> O grupo sugeriu agrupar os itens D2.P.12 e D2.P.13, pois são itens equivalentes. A asfixia perinatal é a terceira causa de morte neonatal no mundo. Trata-se de um evento inesperado, com altas taxas de morbidade. Monitorar os casos de asfixia perinatal é fundamental para propor estratégias de melhoria na abordagem destes casos (treinamento da equipe, protocolo)	Proporção de recém-nascidos vivos com asfixia perinatal logo após o nascimento
D2.P.14	The proportion of all preterm newborns born between 24 and 34 weeks of gestation in the health facility whose mothers received at least one dose of antenatal	A proporção de todos os recém-nascidos prematuros nascidos entre 24 e 34 semanas de gestação na unidade de saúde cujas mães receberam, pelo menos, uma dose de	A proporção de mulheres em trabalho de parto prematuro (entre 24 e 34 semanas de gestação) que receberam ciclos de corticoterapia pré natal.	Corticosteroides para maturação pulmonar fetal é considerada uma intervenção útil em mulheres com trabalho de parto prematuro, pois reduz outras morbidades graves neonatais, como hemorragia	A proporção de mulheres em trabalho de parto prematuro (entre 24 e 34 semanas de gestação) que receberam ciclos de corticoterapia pré natal.

	corticosteroids when indicated	corticosteróide pré-natal, quando indicado.		periventricular e enterocolite necrosante. <b>Recomendação:</b> Item recomendado. O grupo sugeriu retirar a expressão -quando indicado, já que se trata de uma recomendação do Ministério de saúde em trabalhos de parto prematuro que ocorrem entre 24 e 34 semanas.	
D2.P.15	The proportion of all preterm newborns born before 32 weeks of gestation in the health facility whose mothers received magnesium sulfate to protect their baby from foetal neurological complications	A proporção de todos os recém-nascidos prematuros nascidos antes de 32 semanas de gestação na unidade de saúde, cujas mães receberam sulfato de magnésio para proteger seu bebê de complicações neurológicas fetais.	A proporção de todos os recém-nascidos prematuros nascidos antes de 32 semanas de gestação na unidade de saúde, cujas mães receberam sulfato de magnésio para proteger seu bebê de complicações neurológicas fetais.	A proposição de algumas intervenções em mulheres em trabalho de parto prematuro é a administração de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Sua administração é recomendação até 31 sem e 6 dias e se trata de uma recomendação nacional.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado.	A proporção de mulheres em trabalho de parto prematuro (até 31 sem 6dias) que receberam a dose correta de Sulfato de Magnésio para proteção neurofetal.
D2.P.16	The proportion of all women with preterm pre-labour rupture of membranes who gave birth in the health facility who received prophylactic antibiotics.	A proporção de todas as mulheres com ruptura de membranas pré-termo que deram à luz na unidade de saúde onde receberam antibióticos profiláticos	A proporção de todas as mulheres com ruptura de membranas pré-termo ( $\geq 34$ sem e $\leq 36$ sem) que deram à luz na unidade de saúde onde receberam antibióticos profiláticos	A ruptura prematura de membranas é uma condição que exige da equipe de profissionais uma avaliação e intervenção minuciosa a fim de prevenir riscos de infecção materna e neonatal como a Corioamniotite e infecções intraamnióticas.  <b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido indicar as condições e a IG em que a antibioticoterapia está recomendada.	A proporção de todas as mulheres com ruptura de membranas pré-termo ( $\geq 34$ sem e $\leq 36$ sem) que deram à luz na unidade de saúde onde receberam antibióticos profiláticos
D2.P.17	The proportion of all low-birth-weight newborns born in the health facility with a birth weight $\leq 2000$ g who received near-continuous kangaroo mother care in the first	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde com peso ao nascer $\leq 2.000$ g que receberam cuidados para o Método Mãe Canguru quase	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde (peso mínimo de 1.250g) que receberam o Método Canguru	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Especificar os critérios de inclusão de recém-nascidos aptos a receberem o Método Canguru. O grupo sugeriu modificar o peso sugerido na estrutura original,	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde (a partir de 1.250g) que receberam o Método Canguru

	week of life	contínuos na primeira semana de vida		passando de 2000g para 1.250g, de acordo com as orientações do Manual de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso e prematuro. A expressão -quase contínuos na primeira semana de vida foi criticada pelo grupo. Segundo os especialistas, os itens D2.P.17 e D2.P.18 são equivalentes, ou sejam, se complementam. Para os recém-nascidos prematuros e de baixo peso, o Método Canguru é uma estratégia de interação entre mãe e bebê, capaz de promover o Contato pele a pele, o envolvimento e a proximidade parental, bem como outros efeitos fisiológicos positivos que implicam positivamente no desenvolvimento cerebral, comportamental e psicomotor do recém-nascido. Incentivar e monitorar a aplicabilidade do Método Canguru no âmbito das maternidades é fundamental para a melhoria da atenção materno e neonatal.	
D2.P.18	The proportion of all unstable low-birth-weight newborns weighing $\leq$ 2000 g who cannot receive kangaroo mother care in the health facility who were cared for in a thermo-neutral environment, either under radiant warmers or in incubators, as appropriate	A proporção de todos os recém-nascidos instáveis com baixo peso ao nascer com peso $\leq$ 2.000 g que não podem receber cuidados para o Método Mãe Canguru na unidade de saúde que foram atendidos em ambiente termoneutro, seja sob aquecedores radiantes ou em incubadoras, caso seja apropriado.	A proporção de todos os recém-nascidos instáveis e de baixo peso ( $\leq$ 2.000 g) que não puderam receber cuidados para o Método Mãe Canguru na unidade de saúde e que foram atendidos em ambiente termoneutro, seja sob aquecedores radiantes ou em incubadoras.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Não é relevante monitorar os RNs que não receberam, mas sim os que receberam o Método Mãe Canguru. Parece óbvio que RNs prematuros instáveis e baixo peso hemodinamicamente instáveis, de não sejam elegíveis para o Método Canguru. Ademais, todo RN prematuro e de baixo peso independente da estabilidade hemodinâmica, deverá ser atendido em ambiente termoneutro, a fim de manter a temperatura corpórea.	-
D2.P.19	The proportion of all low-birth-weight newborns born in the health facility whose mothers received	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde cujas mães receberam apoio adicional para	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde cujas mães receberam apoio	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O apoio deve ser concedido para todas as mulheres,	-

	additional support to establish breastfeeding	estabelecer a amamentação	amamentação	independente de parto prematuro.	
D2.P.20	The proportion of all newborns in the health facility with signs of infection who received injectable antibiotics	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde com sinais de infecção que receberam antibióticos injetáveis	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde com sinais de infecção que receberam antibióticos injetáveis	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é importante pois verifica a racionalidade na prescrição de antibióticos. No entanto, o grupo alegou a falta de estrutura para garantir o seu monitoramento.	-
D2.P.21	The proportion of all newborns of mothers with signs of infection in the health facility who received injectable antibiotics	A proporção de todos os recém-nascidos de mães com sinais de infecção na unidade de saúde que receberam antibióticos injetáveis	A proporção de todos os recém-nascidos de mães com sinais de infecção na unidade de saúde que receberam antibióticos injetáveis	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado	
D2.P.22	The proportion of newborns with suspected severe bacterial infection who received appropriate antibiotic therapy	Proporção de recém-nascidos com suspeita de infecção bacteriana grave que receberam antibioticoterapia apropriada	Proporção de recém-nascidos com suspeita de infecção bacteriana grave que receberam antibioticoterapia apropriada	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O termo antibioticoterapia apropriada é pouco específico.	
D2.P.23	The proportion of all babies born in the health facility who received early bathing and removal of the vernix within 6 h of birth	A proporção de todos os bebês nascidos na unidade de saúde que receberam banho precoce e remoção do vernix dentro de 6 horas após o nascimento	A proporção de todos os bebês nascidos na unidade de saúde que receberam banho precoce e remoção do vernix dentro de 6 horas após o nascimento	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Prática não recomendada.	-
D2.P.24	The proportion of all babies born through clear amniotic fluid in the health facility who received routine suctioning	A proporção de todos os bebês nascidos com líquido amniótico claro na unidade de saúde que receberam aspiração de rotina	A proporção de todos os bebês nascidos com líquido amniótico claro na unidade de saúde que receberam aspiração de rotina	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Prática não recomendada.	-
D3.P.01	The proportion of all newborns discharged from the health facility within the past 24 h who had an accurately completed record of processes of care, treatments outcomes and diagnoses (with ICD code).	A proporção de todos os recém-nascidos que receberam alta da unidade de saúde nas últimas 24 horas onde tiveram <b>um registro preenchido com precisão</b> de processos de atendimento, tratamentos, resultados e diagnósticos (com código CID).	A proporção de todos os recém-nascidos que receberam alta da unidade de saúde nas últimas 24 horas onde tiveram registrado os processos de atendimento, tratamentos, resultados e diagnósticos (com código CID).	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é trivial para a realidade brasileira. O que seria relevante, é verificar a qualidade desse registro.	-
D3.P.02	The proportion of all women discharged postpartum within the	A proporção de todas as mulheres com alta pós-parto nas últimas 24 horas que tiveram um	A proporção de todas as mulheres com alta pós-parto nas últimas 24 horas que tiveram um registro completo dos processos de atendimento, tratamentos,	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é trivial para a realidade brasileira. O que seria relevante é verificar a qualidade	-

	past 24 h who had an accurately completed record of processes of care, treatments, outcomes and diagnoses (with ICD code).	registro completo dos processos de atendimento, tratamentos, resultados e diagnóstico (com código CID)	resultados e diagnóstico (com código CID)	desse registro.	
D3.P.03	The proportion of women attended during labour and childbirth for whom a partograph has been completed	A proporção de mulheres atendidas durante o trabalho de parto e parto para as quais um partograma foi preenchido.	A proporção de mulheres atendidas durante o trabalho de parto e parto para as quais um partograma foi preenchido.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D1.P.03)	-
D3.P.04	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported that health care staff introduced themselves and showed good knowledge of the women's history and the care that had been given to date	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram que a equipe de saúde se apresentou e mostrou bom conhecimento da história <b>da mulher</b> e dos cuidados que foram prestados até o momento	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram que a equipe de saúde se apresentou e mostrou bom conhecimento da história <b>da mulher</b> e dos cuidados que foram prestados até o momento	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, o item é genérico e subjetivo. A expressão -bom conhecimento da história (...) pode ser relativizada por aspectos socioeconômicos e culturais da mulher, por exemplo. Ademais, os painelistas destacaram que o -bom conhecimento pode variar de acordo com o caso.	-
D3.P.05	The proportion of procedures in the health facility that require written consent for which there is an associated record of the woman's consent	A proporção de procedimentos na unidade de saúde que requerem consentimento por escrito para os quais existe um registro associado do consentimento da mulher	<b>Excluído no Método Delphi</b>	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-
D4.P.01	The proportion of women and newborns seen in the health facility in the past three months who fulfilled the facility's criteria for referral who were actually referred	A proporção de mulheres e recém-nascidos atendidos na unidade de saúde nos últimos três meses que preencheram os critérios de encaminhamento da unidade e que foram realmente encaminhados	<b>Excluído no Método Delphi</b>	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-
D4.P.02	The proportion of all pregnant or postpartum women who could not	A proporção de todas as mulheres grávidas ou pós-parto que não puderam ser tratadas na	A proporção de mulheres que foram transferidas para outra unidade de saúde, acompanhada por um profissional de saúde e da guia de encaminhamento	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após revisão da escrita. Foi sugerido retirar as expressões -nível superior para partoll e -sem demora de	A proporção de mulheres que foram transferidas para outra unidade de saúde, acompanhada por um profissional de saúde e da

	be managed at the health facility who were transferred to a higher-level facility for childbirth or further management without delay, accompanied by a health care professional and a completed standardized referral note	unidade de saúde que foram transferidas para uma unidade de nível superior para parto, sem demora de atendimento, acompanhadas por um profissional de saúde e uma nota de encaminhamento padronizada preenchida.	preenchida.	atendimento. O item é importante pois demonstra a capacidade da unidade de saúde atender os casos complexos, em termos de estrutura, apoio diagnóstico e terapêutico, realização de exames e tratamentos, equipamentos e recursos humanos tecnicamente habilitados e capacitados. Além do mais, sinaliza o perfil dos casos clínicos atendidos na unidade, subsidiando o gestor no planejamento das ações e organização do serviço no território.	guia de encaminhamento preenchida.
D4.P.03	The proportion of all sick, preterm or small newborns who could not be managed at the health facility who were transferred to an appropriate level of care within 1 h of a decision, accompanied by a health care professional and a completed standardized referral note	A proporção de todos os recém-nascidos doentes, prematuros ou pequenos que não puderam ser atendidos na unidade de saúde que foram transferidos para um nível de atenção adequado <b>dentro de 1 hora após a decisão</b> , acompanhados por um profissional de saúde e uma nota de encaminhamento padronizada preenchida.	A proporção de recém-nascidos que foram transferidos para outra unidade de saúde acompanhada por um profissional de saúde e da guia de encaminhamento preenchida.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado após revisão da escrita. Foi sugerido retirar a expressão -dentro de 1 hora após a decisão. Segundo o grupo o tempo para transferência hospitalar dependerá da condição clínica do recém-nascido. O item é importante pois demonstra a capacidade da unidade atender os casos complexos, em termos de estrutura, apoio diagnóstico e terapêutico; realização de exames e tratamentos, equipamentos e recursos humanos tecnicamente habilitados e capacitados. Além do mais, sinaliza o perfil dos casos clínicos atendidos na unidade, subsidiando o gestor no planejamento das ações e organização do serviço no território.	A proporção de recém-nascidos que foram transferidos para outra unidade de saúde acompanhada por um profissional de saúde e da guia de encaminhamento preenchida.
D4.P.04	The proportion of all newborns who died before or during transfer to a higher-level facility for further management	A proporção de todos os recém-nascidos que morreram antes ou durante a transferência para uma unidade de nível superior para tratamento adicional	A proporção de todos os recém-nascidos que morreram antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi apontado pelos avaliadores que a mortalidade de RNs durante a transferência inter-hospitalar é um evento raro. Quando apresentam uma condição clínica grave geralmente são estabilizados antes da transferência. No entanto optaram por manter o item, pois em algumas localidades do Brasil, o	A proporção de recém-nascidos que foram a óbito antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde.

				transporte intra-hospitalar ainda é incipiente, bem como a estrutura hospitalar para a estabilização do quadro clínico antes da transferência.	
D4.P.05	The proportion of all pregnant or postpartum women who died before or during transfer to a higher-level facility for childbirth for further management	A proporção de todas as mulheres grávidas ou pós-parto que morreram antes ou durante a transferência para uma unidade de nível superior para o parto para tratamento adicional.	A proporção de todas as gestantes ou puérperas que morreram antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi apontado pelos avaliadores que a mortalidade de mulheres durante a transferência inter-hospitalar é um evento raro. Quando apresentam uma condição clínica grave geralmente são estabilizadas antes da transferência. No entanto, optaram por manter o item, pois em algumas localidades do Brasil, o transporte intra-hospitalar ainda é incipiente, bem como a estrutura hospitalar para a estabilização do quadro clínico antes da transferência.	A proporção de gestantes e puérperas que foram a óbito antes ou durante a transferência para outra unidade de saúde.
D4.P.06	The proportion of pregnant and postpartum women and newborns who were referred without appropriate emergency transport	Proporção de gestantes e puérperas e recém-nascidos encaminhados sem transporte de emergência adequado	Proporção de gestantes e puérperas e recém-nascidos encaminhados sem transporte de emergência adequado	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O vocábulo adequado é pouco específico e pode gerar vieses de resposta.	
D4.P.07	The proportion of all women referred from the health facility who contributed financially to communication or to transport	A proporção de todas as mulheres encaminhadas para outra unidade de saúde que contribuam financeiramente para comunicação ou transporte	<b>Item excluído no Delphi</b>	<b>Item excluído no Delphi</b>	
D4.P.08	The proportion of all referred women seen at the referring facility for whom there was complete counter-referral feedback information	A proporção de todas as mulheres encaminhadas e atendidas no serviço de referência para as quais havia informações completas de feedback de contrarreferência	A proporção de todas as mulheres encaminhadas e atendidas no serviço de referência para as quais havia informações completas de feedback de contrarreferência	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo os painelistas, -muito confuso e pouco objetivo.	
D4.P.09	The proportion of all referred newborns seen at the referring facility for whom there was complete counter-referral feedback information	A proporção de todos os recém-nascidos encaminhados e atendidos no serviço de referência para os quais havia informações completas de feedback de contrarreferência	A proporção de todos os recém-nascidos encaminhados e atendidos no serviço de referência para os quais havia informações completas de feedback de contrarreferência	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo os painelistas, -muito confuso e pouco objetivo.	
D4.P.10	The proportion of all referred women and newborns seen at the	A proporção de todas as mulheres e recém-nascidos encaminhados e atendidos no serviço	A proporção de todas as mulheres e recém-nascidos encaminhados e atendidos	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, o	

	referring facility who received timely care at the referral facility	de referência que receberam atendimento oportuno no serviço de referência	no serviço de referência que receberam atendimento oportuno no serviço de referência	item não é mensurável. O que seria -atendimento oportuno no serviço de referência?! Não existe um parâmetro estabelecido para o seu uso?	
D5.P.01	The proportion of all women discharged from the labour and childbirth area of the facility who received written and verbal information and counselling on the following elements before discharge: nutrition and hygiene, birth spacing and family planning, exclusive breastfeeding and maintaining lactation, keeping their baby warm and clean, communication and play with the baby, danger signs for the mother and newborn and where to go in case of complications	A proporção de todas as mulheres egressas da área de trabalho de parto e parto da unidade que receberam informação escrita e verbal e aconselhamento sobre os seguintes elementos antes da alta: nutrição e higiene, intervalo de tempo entre partos e planejamento familiar, aleitamento materno exclusivo e manutenção da lactação, manter o bebê aquecido e limpo, comunicação e brincadeiras com o bebê, sinais de perigo para a mãe e o recém-nascido e para onde ir em caso de complicações	A proporção de todas as mulheres egressas da área de trabalho de parto e parto da unidade que receberam informação escrita e verbal e aconselhamento sobre os seguintes elementos antes da alta: nutrição e higiene, intervalo de tempo entre partos e planejamento familiar, aleitamento materno exclusivo e manutenção da lactação, manter o bebê aquecido e limpo, comunicação e brincadeiras com o bebê, sinais de perigo para a mãe e o recém-nascido e para onde ir em caso de complicações	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar do item apresentar elementos importantes e muito genérico. Vários dos elementos apresentados já são verificados em outros itens do escopo.	-
D5.P.02	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported that they were given the opportunity to discuss their concerns and preferences	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter tido a oportunidade de discutir suas preocupações e preferências	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter tido a oportunidade de discutir suas preocupações e preferências	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D5.R.14)	-
D5.P.03	The proportion of health care staff in the health facility who demonstrated the following skills: active listening, asking questions, responding to questions, verifying the understanding of women and their families and supporting women in problem-solving.	A proporção de profissionais de saúde da unidade de saúde que demonstraram as seguintes habilidades: ouvir ativamente, fazer perguntas, responder a perguntas, verificar a compreensão das mulheres e suas famílias e apoiar as mulheres na resolução de problemas.	A proporção de profissionais de saúde da unidade que demonstraram as seguintes habilidades: ouvir ativamente, fazer perguntas, responder a perguntas, verificar a compreensão das mulheres e suas famílias e apoiar as mulheres na resolução de problemas.	<b>Recomendação:</b> Apesar de ser um item importante, está muito genérico e pouco específico. Mais parecem recomendações para a prática do que um item para métrica. Garantir a mensurabilidade de todos estes fenômenos exigirá metodologias de avaliação diferenciadas.	
D5.P.04	The proportion of all women undergoing examinations or procedures in the health facility who reported that their permission was sought before the examination or procedures were performed	Proporção de todas as mulheres submetidas a exames ou procedimentos na unidade de saúde que relataram que sua permissão foi solicitada antes da realização do exame ou procedimento	Proporção de todas as mulheres submetidas a exames ou procedimentos na unidade de saúde que relataram ter tido sua permissão solicitada antes da realização do exame ou procedimento	<b>Item equivalente (D5.R.14)</b>	



D5.P.05	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported physical, verbal or sexual abuse, to themselves or their newborns, during labour or childbirth or after birth.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram abuso físico, verbal ou sexual, a si mesmas ou a seus recém-nascidos, durante o trabalho de parto ou parto ou pós-parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter sofrido algum tipo de abuso físico, verbal ou sexual, durante o trabalho de parto ou parto ou pós-parto	Trata-se de um item de extrema importância para os serviços de saúde. A violência contra a mulher durante o trabalho de parto e parto ainda é um grave problema de saúde pública. Monitorar os casos de violência obstétrica é fundamental para subsidiar o gestor no planejamento de ações voltadas a sua prevenção. <b>Recomendação:</b> Manter o item. Foi sugerido ajustes na escrita do item deixando-o mais claro e específico.	Durante a sua internação na maternidade, você ou seu bebê sofreram algum tipo de abuso físico, verbal ou sexual?
D5.P.06	The proportion of women who gave birth in the health facility who were satisfied that the facility met their religious and cultural needs.	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com o fato de a unidade atender às suas necessidades religiosas e culturais	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com o fato de a unidade atender às suas necessidades religiosas e culturais	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar de importante, o serviço de saúde deve ser capaz de satisfazer todas as necessidades da mulher, não somente as ditas religiosas e culturais.	-
D5.P.07	The proportion of women who attended the health facility who were refused care because of their inability to pay	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde e tiveram seus cuidados recusados, por não conseguirem pagar	<b>Excluída no Método Delphi</b>	<b>Excluída no Método Delphi</b>	-
D5.P.08	The proportion of complaints received about respect and preservation of the dignity of women and their families	A proporção de reclamações recebidas sobre respeito e preservação da dignidade da mulher e de sua família	A proporção de reclamações recebidas sobre respeito e preservação da dignidade da mulher e de sua família	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item com uma escrita confusa, de difícil compreensão.	-
D5.P.09	The proportion of women who gave birth in the health facility who were aware of the existence and location of a complaints box	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam cientes da existência e localização de uma caixa de reclamações	A proporção de mulheres que foram informadas sobre os canais de comunicação existentes na unidade de saúde para sugestões e reclamações sobre o atendimento.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. As caixas de feedback existentes nas unidades de saúde, não estão dispostas somente para reclamações. Portanto, recomendou-se acrescentar o vocábulo -sugestão. As caixas de feedback, são alguns dos mecanismos que poderão ser utilizadas pelo gestor da unidade para facilitar a interlocução com o usuário, mas não é mandatório. Neste sentido, o grupo recomendou substituir -caixa de reclamações por -canais de comunicação. É importante que estes canais	Você foi informada sobre os canais de comunicação existentes na maternidade caso queira fazer alguma sugestão ou reclamação sobre o atendimento?

				correspondam à realidade local da unidade.	
D5.P.10	The proportion of all women who gave birth in the health facility who felt adequately informed by health care staff regarding decisions taken about their care	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que se sentiram adequadamente informadas pela equipe de saúde sobre as decisões tomadas sobre seus cuidados	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que se sentiram adequadamente informadas pela equipe de saúde sobre as decisões tomadas sobre seus cuidados	<b>Recomendação:</b> Item excluído por equivalência.	-
D5.P.11	The proportion of women who received care in the health facility who were aware that they had the right to accept or refuse treatment	A proporção de mulheres que receberam cuidados no estabelecimento de saúde que tinham conhecimento de que tinham o direito de aceitar ou recusar o tratamento.	A proporção de mulheres que receberam cuidados no estabelecimento de saúde que tinham conhecimento sobre o direito de aceitar ou recusar o tratamento.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item trata acerca de um direito da mulher. No entanto, mais importante que investigar o conhecimento da mulher, é garantir que este direito seja assegurado pela instituição. A tomada de decisão compartilhada é um elemento fundamental para um atendimento seguro e de qualidade à mulher e ao RN.	Você é informada sobre o seu direito de participar das decisões referentes ao seu cuidado e do bebê?
D5.P.12	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had a companion of their choice during labour and childbirth	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado.	Você teve a oportunidade de escolher o seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto?
D5.P.13	The proportion of all companions who were satisfied with the orientation given on their role during labour and childbirth	A proporção de todos os acompanhantes que ficaram satisfeitos com a orientação dada sobre seu papel durante o trabalho de parto e parto	A proporção de todos os acompanhantes que ficaram satisfeitos com a orientação dada sobre seu papel durante o trabalho de parto e parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item deverá estar condicionado à existência de outro que verifica se a unidade de saúde disponibiliza orientações prévias ao acompanhante. Mais fundamental que verificar a satisfação com as orientações, é verificar se as orientações estão sendo disponibilizadas pela instituição, e de qual maneira isso está sendo realizado.	O seu acompanhante foi orientado sobre qual seria o papel dele durante o trabalho de parto?
D5.P.14	The proportion of all women who gave birth in the health facility who did so in the labour position of their choice	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que o fizeram na posição de parto de sua escolha	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que o fizeram na posição de parto de sua escolha	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. As parturientes devem ser estimuladas a assumir a posição que considerar mais confortável durante o trabalho de parto.	Você foi quem escolheu a melhor posição para o parto?
D5.P.15	The proportion of all women undergoing bereavement or an	A proporção de todas as mulheres em luto ou resultado adverso que receberam apoio	A proporção de todas as mulheres em luto ou resultado adverso que receberam apoio	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado.. Apesar do item ser	-

	adverse outcome who received additional emotional support from health facility staff	emocional adicional da equipe da unidade de saúde	emocional da equipe da unidade de saúde	importante, sua medição é complexa e exigirá métodos adequados.	
D5.P.16	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported having sufficient food and drink during labour	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter comida e bebida suficientes durante o trabalho de parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram ter ingerido algum tipo de alimento ou líquidos durante o trabalho de parto	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Recomendou-se substituir -comidal e -bebidal por -alimentos e -líquidos, respectivamente. Outra recomendação citada foi substituir o verbo -oferecer por -ingerir. Segundo os painelistas, a oferta não está condicionada à ingestão. No entanto, o contrário é verdadeiro.	Durante o trabalho de parto, os profissionais de saúde ofereceram algo para beber e comer?
D5.P.17	The proportion of all women who gave birth in the health facility who were ambulatory during the first stage of labour	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que foram ambulatoriais durante a primeira fase do trabalho de parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que foram ambulatoriais durante a primeira fase do trabalho de parto	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item não foi compreendido pelo grupo, sendo recomendado a sua exclusão.	-
D5.P.18	The proportion of women who attended the health facility who reported receiving attention within the appropriate time for their condition as per facility policy on triage and waiting time.	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde que relataram ter recebido atenção no tempo adequado para sua condição, conforme a política da unidade sobre triagem e tempo de espera	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde que relataram ter recebido atenção no tempo adequado para sua condição, conforme a política da unidade sobre triagem e tempo de espera	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, não há um parâmetro estabelecido para tempo adequado, o que dependerá das condições clínicas da mulher. Outra questão levantada, e que parece equivocada, na perspectiva do grupo, é o julgamento da mulher de -tempo adequado a partir das políticas de triagem.	-
D5.P.19	The proportion of all pregnant women who attended the health facility who reported that it has a clean physical environment conducive for childbirth.	A proporção de todas as gestantes que compareceram à unidade de saúde que relataram possuir ambiente físico limpo e <b>propício ao parto</b>	A proporção de todas as gestantes que compareceram à unidade de saúde e relataram um ambiente físico limpo	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O Item D5.P.26 já verifica a satisfação da mulher em relação à limpeza do ambiente das áreas e trabalho de parto e parto. A fim de evitar redundâncias no instrumento, recomendou-se a sua exclusão.	-
D6.P.01	The proportion of available posts in the health facility that were filled by staff with the necessary competence for the job description to allow the facility to provide 24-h	A proporção de vagas disponíveis na unidade de saúde que foram preenchidas por funcionários com a competência necessária para a descrição do trabalho, para permitir que a unidade forneça serviço 24 horas.	Proporção do quadro de profissionais de saúde tecnicamente habilitados e competentes para assistir à mulher e o recém-nascido em todos os momentos durante o trabalho de parto, parto e pós	<b>Recomendação:</b> Manter item. Segundo o grupo, este item é extremamente importante para garantir a qualidade e segurança do atendimento que é ofertado à mulher	Proporção do quadro de profissionais de saúde tecnicamente habilitados e competentes para assistir à mulher e o recém-nascido em

	service.		parto.	<p>e ao recém-nascido. Em alguns lugares do país, a estrutura (RH) ainda é insuficiente e, em muitas instituições, o parto é realizado por profissionais que não estão tecnicamente habilitados, por exemplo, para realizarem um parto.</p> <p>Os painelistas ressaltaram que no Brasil, o trabalho de parto de risco habitual deve ser feito pelo médico ou enfermeiro obstetra, enquanto o trabalho de parto de risco deve, obrigatoriamente, ser realizado pelo médico obstetra. Na sala de parto, no momento do nascimento, deve-se ter um médico pediatra para assistir o recém-nascido. Um médico anestesiológico deve, obrigatoriamente, assistir a um parto cesárea.</p>	todos os momentos durante o trabalho de parto, parto e pós parto.
D6.P.02	The proportion of staff who have been oriented to their functions, roles and responsibilities in the facility or unit to which they are assigned.	A proporção de funcionários que foram orientados para suas <b>funções, papéis e responsabilidades</b> na instalação ou unidade para a qual foram designados.	A proporção dos profissionais que foram orientados quanto às <b>atribuições</b> na unidade e setor para o qual foram designados	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado.	
D6.P.03	The proportion of skilled birth staff at the health facility who received a written job description on deployment to the facility	A proporção de pessoal de parto qualificado na unidade de saúde que recebeu uma descrição de trabalho por escrito na implantação na unidade	A proporção de pessoal de parto qualificado na unidade de saúde que recebeu uma descrição de trabalho por escrito na implantação na unidade	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar de importante, o item é muito genérico e pouco específico, portanto, difícil de medir.	
D6.P.04	The number of supervisory visits to support clinical competence and performance improvement (in the past three months)	O número de visitas de supervisão para apoiar a competência clínica e a melhoria do desempenho (nos últimos três meses).	O número de visitas de supervisão para dar suporte a competência clínica e melhoria do desempenho	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A supervisão de apoio para a melhoria e aprimoramento da prática profissional precisa ser contínua e não periodizada.	
D6.P.05	The proportion of staff at the health facility who were assessed at least once in the preceding 12 months.	A proporção de funcionários da unidade de saúde que foram avaliados, pelo menos, uma vez nos 12 meses anteriores	A proporção do pessoal na unidade de saúde que foram avaliados pelo menos uma vez nos últimos 12 meses	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado.	
D6.P.06	The number of team meetings held per month to review competence and quality improvement activities	O número de reuniões de equipe realizadas por mês para revisar as atividades de melhoria de competência e qualidade	O número de reuniões de equipe realizadas por mês para revisar as atividades de melhoria de competência e	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Apesar de importante, o grupo não considerou relevante	

			qualidade	incluir este item no escopo do instrumento.	
D6.P.07	The number of interactions per month with professional mentors to ensure clinical competence and improve performance.	O número de interações por mês com mentores profissionais, para garantir a competência clínica e melhorar o desempenho.	O número de interações por mês com mentores profissionais, para garantir a competência clínica e melhorar o desempenho.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Segundo o grupo, estabelecer periodicidades para os itens não é factível, pois cada serviço guarda as suas especificidades e realidades. O grupo questionou se os treinamentos periódicos, os contatos com os supervisores, já não seria uma espécie de contato com mentores, considerando que o mentor é o indivíduo que ajuda o grupo a conduzir, a criar.	
D6.P.08	The proportion of all staff at the health facility who were engaged in at least two active quality improvement team meetings and participated in quality improvement activities in the preceding six months.	A proporção de todos os funcionários da unidade de saúde que estiveram envolvidos em, pelo menos, duas reuniões ativas da equipe de melhoria da qualidade, e participaram de atividades de melhoria da qualidade nos seis meses anteriores	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-	-
D7.P.01	The percentage of health care staff in the health facility who clean their hands correctly as per the WHO -5 moments for hand hygiene  audit tool	A porcentagem de profissionais de saúde na unidade de saúde que higienizam as mãos corretamente de acordo com a ferramenta -Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos  da OMS	Taxa de adesão à higienização de mãos	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Monitorar a higienização das mãos pelos profissionais de saúde, já é uma prática realizada pelas instituições hospitalares, especialmente, os setores de Controle de Infecção Hospitalar. A ferramenta dos 5 momentos de higiene das mãos  proposta pela OMS, é utilizada pelos gestores para verificar a taxa de adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos.	Taxa de adesão à higienização de mãos.
D7.P.02	The proportion of newborns with suspected severe bacterial infection who received appropriate antibiotic therapy	A proporção de recém-nascidos com suspeita de infecção bacteriana severa que receberam a terapia antibiótica apropriada	A proporção de recém-nascidos com suspeita de infecção bacteriana severa que receberam a terapia antibiótica apropriada	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A antibioticoterapia apropriada dependerá do tipo de infecção bacteriana. Não ficou claro se o que a OMS denomina de -infecção bacteriana severa  seria a	

				sepre que, por sua vez, tem um protocolo terapêutico particular e já determinado.	
D7.P.03	Safe management of health care waste, from the point of generation to the point of disposal	Gestão segura de resíduos de serviços de saúde, desde o ponto de geração até o ponto de descarte.	A unidade realiza o gerenciamento seguro de resíduos de serviços de saúde, desde o ponto de geração até o ponto de descarte.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item extremamente importante, mas muito geral. A gestão segura de resíduos de serviços de saúde envolve diversas etapas que precisarão ser analisadas para afirmar que uma unidade realiza o gerenciamento seguro de resíduos de serviços de saúde. Deste modo, o grupo sugeriu uma revisão da RDC nº222 e, daí, produzir uma pormenorização do item.	
D7.P.04	The percentage of staff members in the health facility who meet biosafety standards when administering parenteral drugs	A porcentagem de funcionários na unidade de saúde que atendem aos padrões de biossegurança, ao administrar medicamentos parenterais	A proporção de profissionais de saúde na unidade de saúde que atendem aos padrões de biossegurança no preparo e administração de medicamentos parenterais.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido substituir -funcionários por -profissionais de saúde; acrescentar no item a etapa do preparo, já que se trata de uma etapa que envolve recomendações sanitárias; descrever quais são os padrões de biossegurança estabelecidos para o preparo e administração de medicamentos parenterais. Os padrões de biossegurança devem ser observados por todos os profissionais que administram soluções parenterais desde o preparo até a sua administração, a fim de prevenir contaminações microbiológicas e perda das propriedades físico-química dos medicamentos. De acordo com recomendações da ANVISA, o preparo de soluções parenterais deve ser feita pelo enfermeiro e farmacêutico, e a sua administração pelo enfermeiro. Segundo o grupo, isso não se observa nas instituições de saúde, onde a maioria das soluções parenterais são preparadas	A proporção de profissionais de saúde de saúde que atendem aos padrões de biossegurança, ao administrar medicamentos parenterais.

				e administradas por profissionais de nível médio e fundamental. A administração segura de medicamentos é uma meta de segurança do paciente, o que sustenta a relevância de manter este item.	
D8.P.01	The proportion of all newborns currently in the health facility who have a patient identifier and individual clinical medical record	A proporção de todos os recém-nascidos atualmente na unidade de saúde que possuem um identificador de paciente e um prontuário clínico individual	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde que possuem uma pulseira de identificação com, no mínimo, três identificadores.	<b>Recomendação:</b> Manter item. Ressaltar no item que a identificação deverá ser feita por meio da pulseira de identificação. A identificação correta do paciente é uma meta internacional de segurança e deve ser praticada pelas instituições de saúde. Segundo os painelistas, a identificação do recém-nascido é uma estratégia que pode ajudar na prevenção de erros durante a prestação dos cuidados de saúde. Em relação ao prontuário do recém-nascido destacaram que já é uma prática instituída em todas as maternidades no Brasil, não sendo relevante manter este aspecto no item.	A proporção de recém-nascidos que estão identificados corretamente com a pulseira de identificação.
D8.P.02	The proportion of all perinatal deaths occurring in the health facility that were reviewed with standard audit tools	A proporção de todas as mortes perinatais que ocorrem na unidade de saúde que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão	A proporção de todas as mortes perinatais que ocorrem na unidade de saúde e que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Item equivalente a D8.E.02. A fim de evitar redundâncias, manteve-se somente o item D8.E.02.	
D8.P.03	The proportion of all maternal deaths and near-misses occurring in the health facility that were reviewed with standard audit tools*	A proporção de todas as mortes maternas e <b>quase acidentes</b> ocorridos na unidade de saúde que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão	A proporção de todas as mortes maternas e <b>near miss</b> ocorridos na unidade de saúde que foram revisadas com ferramentas de auditoria padrão	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item D8.E.02 é equivalente, e aborda sobre a investigação dos casos de near miss materno.	
D8.P.04	The proportion of all maternal deaths and near-misses occurring in the health facility that were notified.	A proporção de todas as mortes maternas e <b>quase acidentes</b> ocorridos na unidade de saúde onde foram notificadas	A proporção de todas as mortes maternas e <b>near miss</b> ocorridos na unidade de saúde que foram notificados	<b>Recomendação:</b> Manter item. Abordar separadamente os casos de notificação de near miss e mortalidade materna. Foi sugerido não utilizar o vocábulo -notificação para os casos de near-miss materno,	A proporção de mortes maternas notificadas na unidade de saúde (D8.P.04) Proporção de casos de near miss materno notificados (D8.P.04.1)

				<p>dada a sua não obrigatoriedade. Utilizar o indicador Razão de near miss, recomendado, inclusive, pela OMS.</p> <p>O óbito materno é de notificação obrigatória pelas unidades de saúde, diferente do near-miss. O grupo sinalizou a importância de ter um controle interno dos gestores de unidades acerca dos casos de near miss materno, a fim de identificar falhas no manejo dos casos graves e possíveis intervenções de melhoria. Estabelecer uma rotina para investigar todos os casos de near miss materno em uma maternidade (eclampsia/pré-eclâmpsia, HPP, sepse) pode subsidiar o gestor no planejamento de estratégias para redução da morbimortalidade materno-infantil.</p>	
D8.P.05	Health facility leaders communicated the performance of the facility through established mechanisms for monitoring (e.g. a dashboard of key metrics) to all relevant staff	Os líderes das unidades de saúde comunicaram o desempenho da unidade por meio de mecanismos estabelecidos para monitoramento (por exemplo, um painel de métricas-chave) a todos os funcionários relevantes	Os líderes comunicam, periodicamente, a todos os funcionários, o desempenho da unidade por meio de mecanismos estabelecidos para monitoramento (por exemplo, um painel de métricas-chave) relevantes	<p>A liderança deve ser capaz de comunicar efetivamente a todo corpo de profissionais da unidade o desempenho institucional. A comunicação é um aspecto relevante no processo de gerenciamento e na mobilização das equipes de trabalho. O desempenho e alcance de metas institucionais dependem, significativamente, do empenho, esforço e interesse dos colaboradores que atuam na unidade de saúde.</p> <p><b>Recomendação:</b> Manter item</p>	Com qual frequência a liderança comunica o desempenho institucional para todos os colaboradores?
D8.P.06	The proportion of monthly meetings on the quality of care that were actually held in the preceding 12 months	A proporção de reuniões mensais sobre a qualidade do atendimento que foram efetivamente realizadas nos últimos 12 meses	Com qual frequência são realizadas reuniões interdisciplinares na unidade de saúde para discutir qualidade do atendimento materno e infantil?	Este item reforça a importância da discussão sobre qualidade do cuidado materno e neonatal no âmbito das instituições de saúde. Os encontros regulares, envolvendo a equipe interdisciplinar e amostra de profissionais de diversos setores e categorias profissionais é essencial para melhorar a qualidade e	Com qual frequência são realizadas reuniões interdisciplinares na unidade de saúde para discutir qualidade do atendimento materno e infantil?



				<p>fortelecer a cultura de segurança nas maternidades.</p> <p><b>Recomendação:</b> Manter item. Os especialistas sugeriram acrescentar no item a palavra -multidisciplinar, a fim de reforçar e garantir a representatividade das categorias profissionais nestes espaços.</p>	
D8.P.07	Availability of essential life-saving medicines (oxytocin, magnesium sulfate, dexamethasone, vitamin K, injectable and oral amoxicillin, benzyl penicillin, gentamicin, ceftriaxone, metronidazole, antimalarial drugs, antiretroviral drugs and vaccines against tuberculosis, hepatitis B, poliomyelitis) in the past three months	Disponibilidade de medicamentos essenciais para salvar vidas (oxitocina, sulfato de magnésio, dexametasona, vitamina K, amoxicilina injetável e oral, benzilpenicilina, gentamicina, ceftriaxona, metronidazol, antimaláricos, antirretrovirais e vacinas contra tuberculose, hepatite B, poliomielite) nos últimos três meses.	Disponibilidade de medicamentos essenciais para salvar vidas (ocitocina, sulfato de magnésio, dexametasona, vitamina K, amoxicilina, benzilpenicilina, gentamicina, ceftriaxona, metronidazol, drogas antimaláricas, drogas antirretrovirais e vacinas contra tuberculose, hepatite B, poliomielite)	<p><b>Recomendação:</b> Item não recomendado. De acordo com os especialistas, estes insumos medicamentosos já foram vistos por outros itens; as drogas antimaláricas são recomendadas em regiões específicas; as drogas antirretrovirais já existem no âmbito das maternidades para o tratamento de mulheres em trabalho de parto; as vacinas são disponibilizadas nas Unidades de Atenção Primária, com exceção da Hepatite B que é administrada no RN ainda na maternidade.</p>	
D8.P.08	The proportion of all women who gave birth in the health facility who purchased gloves and other necessary items.	A proporção de todas as mulheres que deram a luz na unidade de saúde que compraram luvas e outros itens necessários	<b>Excluído pelo Método Delphi</b>	-	-
<b>RESULTADO</b>					
D1.R.01	The health facility perinatal mortality rate [number of foetal death (stillbirths) or early neonatal deaths / the total number of births of babies weighing at least 1000 g or of 28 weeks' gestation (stillbirths + live births) x 1000]	A taxa de mortalidade perinatal da unidade de saúde [número de óbitos fetais (natimortos) ou óbitos neonatais precoces/número total de nascimentos de bebês com peso mínimo de 1.000 g ou de 28 semanas de gestação (natimortos + nascidos vivos) x 1.000]	Taxa de mortalidade perinatal da unidade de saúde (soma do número de óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação e de óbitos de crianças de 0-6 dias completos de vida, ambos de residentes / número de nascimentos totais de mães residentes [nascidos vivos mais óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação] x 1000	<p><b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido seguir as orientações de cálculo dispostas no caderno da RIPSAs.</p> <p>Segundo o grupo, este item já é uma recomendação nacional e subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil.</p>	Taxa de mortalidade perinatal
D1.R.02	Intrapartum stillbirth rate (number of stillbirths occurring during the	Taxa de natimortos intraparto (número de natimortos ocorridos durante o período	Taxa de natimortos intraparto (soma do número de óbitos fetais a partir de 22	<p><b>Recomendação:</b> Item recomendado. O grupo sugeriu substituir -taxa de</p>	Taxa de óbitos fetais

	intrapartum period per 1000 births)	intraparto por 1.000 nascimentos).	semanas de gestação, de mães residentes / número de nascimentos totais de mães residentes x 1000)	natimortos intrapartum por -taxa de óbitos fetais, já que se trata de um indicador de recomendação nacional.	
D1.R.03	The proportion of all women admitted to the health facility in active labour who gave birth within 12 h	A proporção de todas as mulheres admitidas na unidade de saúde em <b>trabalho de parto ativo</b> que deram à luz dentro de 12 horas	A proporção de todas as mulheres internadas na unidade de saúde em <b>fase ativa de parto</b> que deram à luz dentro de 12 horas	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O tempo de trabalho de parto irá variar de acordo com cada mulher. Por exemplo, uma mulher primípara, geralmente, leva mais tempo em trabalho de parto do que uma múltípara. Estimar um tempo exato, de fato, não é factível.	
D1.R.04	The proportion of all women with pre-eclampsia or eclampsia in the health facility who died as a result of pre-eclampsia or eclampsia	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na unidade de saúde que morreram como resultado de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia	Proporção de mortes maternas por eclâmpsia na unidade saúde nos últimos 12 meses	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A mortalidade por eclâmpsia ainda é a principal causa de morte materna no Brasil e, portanto, precisa ser monitorada.	Proporção de mortes maternas por eclâmpsia na unidade saúde nos últimos 12 meses
D1.R.05	The proportion of all women with pre-eclampsia or eclampsia who arrived at the health facility with a live foetus whose baby died in the perinatal period (stillbirths or early neonatal deaths).	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que chegaram na unidade de saúde com um feto vivo cujo bebê morreu no período perinatal (natimortos ou mortes neonatais precoces).	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que chegaram na unidade de saúde com o feto vivo cujo bebê morreu no período perinatal (natimortos ou mortes neonatais precoces).	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A mortalidade perinatal é um indicador de qualidade da instituição. Investigar os desfechos perinatais em mulheres que tiveram quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia pode relatar muito sobre o atendimento durante o pré-natal e manejo técnico durante o trabalho de parto e parto. No entanto, é preciso estruturar a rede para garantir a sua mensurabilidade importante.	-
D1.R.06	The proportion of all women with pre-eclampsia or eclampsia in the health facility who experienced maternal near-misses due to pre-eclampsia or eclampsia	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na unidade de saúde que sofreram <b>quase acidentes maternos</b> devido à pré-eclâmpsia ou eclâmpsia	A proporção de todas as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na unidade de saúde que sofreram <b>near miss maternos</b> devido à pré-eclâmpsia ou eclâmpsia	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A abordagem do near miss materno pelas instituições de saúde pode orientar as decisões políticas no que se refere às ações de melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil em serviços de saúde. Tratam-se condições ameaçadoras à vida e que necessitam de intervenções críticas. A pré-eclâmpsia grave e a eclâmpsia integra esse conjunto de condições.	Proporção de near miss materno por pré-eclâmpsia e eclâmpsia

				Segundo o grupo, o near miss ainda não é de notificação obrigatória em muitas unidades do país, apesar de ser um evento importante que precisa ser analisado.	
D1.R.07	The proportion of all women who had post-partum haemorrhage in the health facility who died as a result of post-partum haemorrhage	A proporção de todas as mulheres que tiveram hemorragia pós-parto na unidade de saúde que morreram como resultado de hemorragia pós-parto	Proporção de mortes maternas por Hemorragia pós parto nos últimos 12 meses	A mortalidade por Hemorragia pós parto ainda é a principal causa de morte materna no Brasil e, portanto, precisa ser monitorada. <b>Recomendação:</b> Item recomendado	Proporção de mortes maternas que decorreram de Hemorragia pós parto
D1.R.08	The proportion of all women who gave birth in the health facility by caesarean section who received a blood transfusion	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde por cesariana que receberam transfusão de sangue	A proporção de todas as mulheres que deram à luz por cesariana na unidade de saúde que receberam transfusão de sangue	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A Cesariana é um fator de risco para complicações obstétricas que podem demandar transfusões de sangue, como por exemplo a HPP.	-
D1.R.09	The proportion of all women who gave birth vaginally in the health facility who received a blood transfusion	A proporção de todas as mulheres que deram à luz por via vaginal na unidade de saúde que receberam transfusão de sangue	A proporção de todas as mulheres que deram à luz por via vaginal na unidade de saúde que receberam transfusão de sangue	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A transfusão de sangue ainda que não seja um item específico, é realizada nos casos de complicações obstétricas como, por exemplo, a pré-eclâmpsia, HELLP PPT, infecções, hemorragias e outros.	
D1.R.10	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had severe post-partum haemorrhage (abnormal bleeding of >1000 mL or any bleeding with hypotension or requiring blood transfusion)	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram hemorragia pós-parto grave (sangramento anormal > 1.000 mL ou qualquer sangramento com hipotensão ou necessidade de transfusão de sangue).	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram hemorragia pós-parto severa (sangramento anormal de >1000ml ou qualquer sangramento com hipotensão ou que requeira transfusão de sangue).	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D1.R.11).	
D1.R.11	The proportion of all women who had post-partum haemorrhage in the health facility who experienced maternal near-misses due to post-partum haemorrhage	A proporção de todas as mulheres que tiveram hemorragia pós-parto na unidade de saúde que sofreram <b>quase acidentes</b> maternos devido à hemorragia pós-parto.	A proporção de todas as mulheres que sofreram near miss por hemorragia pós-parto.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A abordagem do near miss materno pelas instituições de saúde pode orientar as decisões políticas no que se refere às ações de melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil em serviços de saúde. Tratam-se de condições ameaçadoras à vida e que necessitam de intervenções críticas. A Hemorragia pós parto integra esse	Proporção de near miss materno por Hemorragia Pós Parto

				conjunto de condições.	
D1.R.12	The proportion of all women who gave birth in the health facility whose uterus ruptured during labour	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde cujo útero se rompeu durante o trabalho de parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde cujo útero se rompeu durante o trabalho de parto.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O grupo optou pela sua não inclusão, pois se trata de um evento raro na obstetrícia.	
D1.R.13	The proportion of all perinatal deaths that occurred in the health facility after prolonged or obstructed labour	A proporção de todas as mortes perinatais que ocorreram na unidade de saúde após trabalho de parto prolongado ou obstruído	A proporção de todas as mortes perinatais que ocorreram na unidade de saúde após trabalho de parto prolongado ou obstruído	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Após algumas divergências em relação a este item, o grupo optou pela sua não recomendação, visto que o trabalho de parto prolongado e obstruído decorre, muitas vezes, de complicações obstétricas anteriores.	-
D1.R.14	The proportion of all newborns born in the health facility who had birth injuries (brachial palsy, fractures, cephalhaematoma)	A proporção de todos os recém-nascidos nascidos na unidade de saúde que tiveram lesões no parto (paralisia braquial, fraturas, cefalematoma).	A proporção de todos os recém-nascidos nascidos na unidade de saúde que sofreram algum tipo de lesão no parto (paralisia braquial, fraturas, cefalematoma).	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Incluir entre as principais lesões a hemorragia cerebral e asfixia perinatal que, em algumas muitas situações decorre da assistência prestada durante o trabalho de parto e parto. Segundo os especialistas, este item é extremamente importante e pouco explorado pelas instituições de saúde. Trata-se de eventos adversos que podem ser prevenidos pelos profissionais de saúde que acompanham o processo de nascimento.	A proporção de recém-nascidos na unidade de saúde que sofreram algum tipo de lesão no parto Obs: Paralisia braquial, fraturas, cefalematomas, hemorragias pericerebrais e cerebrais e asfixia perinatal.
D1.R.15	The proportion of women with prolonged and/or obstructed labour in the health facility who experienced maternal near-miss due to prolonged and/or obstructed labour	A proporção de mulheres com trabalho de parto prolongado e/ou obstruído na unidade de saúde que sofreram <b>quase acidentes maternos</b> , devido ao trabalho de parto prolongado e/ou obstruído	A proporção de mulheres em trabalho de parto prolongado e/ou obstruído na unidade de saúde que sofreram <b>near miss materno</b>	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O trabalho de parto prolongado e/ou obstruído é uma complicação obstétrica que exige dos profissionais procedimentos de segurança. No entanto, não se configura uma disfunção orgânica como, por exemplo, a HPP, a pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, seps e rotura uterina. Ressaltaram que o pesquisador pode até monitorar este evento, mas não como um near miss. Outra questão apontada pelo grupo foi em relação à terminologia parto prolongado/obstruído. Atualmente,	-

				este evento é denominado falha de progresso, de acordo com a nomenclatura da CONITEC.	
D1.R.16	The proportion of all women who underwent caesarean section in the health facility who had severe systemic infection or sepsis after the caesarean section	A proporção de todas as mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde que tiveram infecção sistêmica grave ou sepse após a cesariana.	A proporção de mulheres submetidas à cesariana na unidade de saúde que tiveram infecção sistêmica grave ou sepse após a cesariana.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A morte materna por sepse representa a 3ª causa dos óbitos no Brasil, segundo os especialistas. Em mulheres submetidas à cesariana, o risco de sepse aumenta consideravelmente, representando inclusive, um fator de risco. Foi sugerido a expressão -infecção sistêmica grave fosse retirada do item, deixando apenas -sepse puerperal.	Proporção de mulheres submetidas à cesariana que foram diagnosticadas com sepse no pós-parto.
D1.R.17	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had severe systemic infection or sepsis in the postpartum period	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram infecção sistêmica grave ou sepse no período pós-parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram infecção sistêmica grave ou sepse no período pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido a expressão -infecção sistêmica grave fosse retirada do item, deixando apenas -sepse puerperal. Segundo os especialistas, a sepse ainda é uma das principais causas de morte materna no Brasil, depois da eclâmpsia e HPP. Trata-se de uma disfunção orgânica que pode ser prevenida, e quando manejada oportunamente pode evitar a mortalidade.	A proporção de mulheres puérperas que foram diagnosticadas com sepse puerperal.
D1.R.18	The proportion of all nulliparous women with a singleton cephalic foetus at ≥ 37 weeks of gestation who underwent caesarean section during spontaneous labour (Robson group 1)	A proporção de todas as mulheres nulíparas com feto cefálico único com ≥ 37 semanas de gestação que foram submetidas à cesariana durante o trabalho de parto espontâneo (grupo 1 de Robson).	A proporção de todas as mulheres nulíparas com um único feto cefálico com ≥ 37 semanas de gestação que foram submetidas à cesariana durante o trabalho de parto espontâneo (grupo 1 de Robson).	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D1.R.19	The proportion of unmet need for caesarean section as a result of lack of supplies or staff trained to conduct caesarean section.	A proporção de necessidade não atendida de cesariana como resultado da falta de suprimentos ou equipe treinada para realizar cesariana	A proporção de necessidade não atendida de cesáreas como resultado da falta de suprimentos ou pessoal treinado para conduzir cesárias	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D1.E.25)	-
D2.R.01	The proportion of all newborns in the health facility who were exclusively breastfed at the time of	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde que foram amamentados exclusivamente no momento da alta hospitalar	A proporção de todos os recém-nascidos na unidade de saúde que foram amamentados exclusivamente até o	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Estudos já demonstraram que incentivo e apoio oferecido pelos	Proporção de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.

	discharge from hospital		momento da alta hospitalar.	profissionais de saúde desde o prenatal até o nascimento está associada a uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo. Nas maternidades o Método Canguru, o alojamento conjunto, as orientações individuais e os grupos de apoio são estratégias desenvolvidas com vista a promover e apoiar o aleitamento exclusivo.	
D2.R.02	The proportion of all postpartum women in the health facility who received contraception counselling on birth spacing and family planning before discharge.	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre contraceção, intervalo de tempo entre partos e planeamento familiar antes da alta	A proporção de todas as puérperas na unidade de saúde que receberam aconselhamento sobre métodos contraceptivos e intervalo interpartal antes da alta hospitalar	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido retirar a expressão -planeamento familiar, pois ampla e engloba uma série de ações que são desenvolvidas, inclusive após a alta da mulher, em outros dispositivos da rede. Na maternidade, a orientação deve ser referente ao intervalo interpartal e métodos contraceptivos ofertados no SUS. O acesso à contraceção é um direito da mulher e é garantido pelo SUS na APS, não fazendo parte do escopo de orientações necessárias na alta hospitalar.	Você foi orientada por algum profissional sobre o intervalo entre um parto e outro, e sobre a possibilidade de uso dos métodos contraceptivos?
D2.R.03	The proportion of all live babies born at term ( $\geq 37$ weeks) with no major congenital malformations in the health facility who died within 7 days of birth (early neonatal mortality)	A proporção de todos os bebês vivos nascidos a termo ( $\geq 37$ semanas) sem malformações congênitas maiores na unidade de saúde que morreram dentro de 7 dias após o nascimento (mortalidade neonatal precoce)	Taxa de mortalidade neonatal precoce.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado nacionalmente.	Taxa de mortalidade neonatal precoce
D2.R.04	The proportion of all live babies born at term ( $\geq 37$ weeks) in the health facility who were not breathing spontaneously but were breathing spontaneously 5 min after resuscitation	A proporção de todos os bebês vivos nascidos a termo ( $\geq 37$ semanas) na unidade de saúde que não respiravam espontaneamente, mas respiravam espontaneamente 5 minutos após a ressuscitação.	A proporção de todos os bebês vivos nascidos a termo ( $\geq 37$ semanas) na unidade de saúde que não respiravam espontaneamente, mas respiravam espontaneamente 5 minutos após a ressuscitação.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D2.P.12 e D2.P.13). O item é importante pois se refere à asfixia perinatal. Apesar do tempo de ressuscitação ser crucial, capaz de prognosticar, inclusive, sobrevida e complicações futuras decorrentes de isquemias, não pode ser verificado isoladamente.	
D2.R.05	The proportion of all women with	A proporção de todas as mulheres com ruptura	A proporção de todas as mulheres com	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-

	preterm pre-labour rupture of membranes who gave birth in the health facility who received prophylactic antibiotics	de membrana pré-termo que deram à luz na unidade de saúde e que receberam antibióticos profiláticos	ruptura de membrana pré-termo que deram à luz na unidade de saúde e que receberam antibióticos profiláticos	<b>(D2.P.16)</b>	
D2.R.06	The proportion of all babies at risk for birth in the health facility at 24 to < 34 weeks of gestation who were exposed to antenatal corticosteroids	A proporção de todos os bebês em risco de nascimento na unidade de saúde com 24 a < 34 semanas de gestação que foram expostos a corticosteróides pré-natais	A proporção de todos os bebês em risco de nascimento na unidade de saúde com 24 a < 34 semanas de gestação que foram expostos a corticosteróides pré-natais	<b>Item excluído por duplicidade (D2.P.06)</b>	-
D2.R.07	The proportion of all babies at risk for birth in the health facility at ≥ 34 weeks of gestation who were exposed to antenatal corticosteroid	A proporção de todos os bebês em risco de nascimento na unidade de saúde com ≥ 34 semanas de gestação que foram expostos a corticosteróides pré-natais	A proporção de todos os bebês em risco no nascimento na unidade de saúde com ≥34 semanas de gestação que foram expostos a corticosteróides pré-natais.	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D2.R.08	The proportion of all preterm babies (< 28 weeks, 28–32 weeks and 32–37 weeks of gestational age) born in the health facility who died within the first 7 days of life	A proporção de todos os bebês prematuros (< 28 semanas, 28–32 semanas e 32–37 semanas de idade gestacional) nascidos na unidade de saúde que morreram nos primeiros 7 dias de vida	Taxa de mortalidade neonatal precoce em prematuros.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A prematuridade é um fator de risco para a mortalidade neonatal precoce dado o desenvolvimento incompleto do sistema orgânico do recém-nascido. No entanto, uma série de procedimentos e intervenções podem ser implementadas junto ao RN para reduzir a mortalidade neste grupo. Este item pode ajudar o gestor a identificar <i>gaps</i> no manejo da equipe com o recém-nascido prematuro.	Taxa de mortalidade neonatal precoce em prematuros.
D2.R.09	The proportion of all low-birth-weight newborns born in the health facility who were exclusively fed on their mother's milk during their stay in the health facility	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde que foram alimentados exclusivamente com leite materno durante a sua permanência na unidade de saúde	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso nascidos na unidade de saúde que foram alimentados exclusivamente com leite materno durante a sua permanência na unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O tipo de alimentação oferecido ao recém-nascido de baixo peso demanda atenção no sentido de garantir uma alimentação adequada. A suscetibilidades desses recém-nascidos apresentarem riscos para o desenvolvimento de deficiências nutricionais é muito maior do que recém-nascidos com peso adequado. Segundo os especialistas, a oferta de leite humano aos recém-nascidos e a garantia de propriedades nutricionais são reconhecidas.	A proporção de todos os recém-nascidos de baixo peso que foram alimentados exclusivamente com leite materno durante a sua internação na unidade de saúde.
D2.R.10	The proportion of all live preterm babies born in the health facility who had severe neonatal morbidity	A proporção de todos os bebês prematuros nascidos vivos na unidade de saúde que tiveram morbidade neonatal grave (síndrome do	A proporção de near miss em recém-nascidos prematuros.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A prematuridade, isoladamente, já é um fator de risco para a	A proporção de near miss em recém-nascidos prematuros.

	(respiratory distress syndrome intraventricular haemorrhage, necrotizing enterocolitis)	desconforto respiratório, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante).		morbimortalidade neonatal. No entanto, com o avanço das práticas na neonatologia e melhoria dos cuidados perinatais tem-se observado um aumento cada vez maior na taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros. As instituições de saúde precisam estar preparadas para o atendimento deste grupo, a fim de prevenir morbidades graves advindas da prematuridade. Segundo o grupo, o desconforto respiratório é uma condição comum em praticamente todos os recém-nascidos prematuros. Já a Hemorragia intraventricular e a enterocolite necrosante são complicações que podem ser prevenidas com a prestação de cuidados adequados. O grupo sugeriu adequar, a lista de near miss, a partir de uma revisão de literatura.	
D2.R.11	The proportion of low-birth-weight baby deaths in the facility attributed to possible serious bacterial infection or sepsis	A proporção de mortes de bebês com baixo peso ao nascer na unidade, atribuída a possível infecção bacteriana grave ou sepse.	A proporção de mortes por sepse em bebês prematuros e com baixo peso ao nascer.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Uma das complicações em RN prematuros e de baixo peso é a sepse, que pode ser prevenida com o uso de tecnologias de cuidado apropriada. Recomendou-se retirar a expressão -possível infecção bacteriana, pois fica muito vago e pode gerar vieses de interpretação. Outra recomendação foi acrescentar o termo -prematuro, visto que o baixo peso está estreitamente associado à prematuridade.	A proporção de mortes por sepse em bebês prematuros e com baixo peso ao nascer.
D2.R.12	The proportion of newborns treated for sepsis in the health facility who died (case fatality rate)	A proporção de recém-nascidos tratados por sepse na unidade de saúde que morreram (taxa de letalidade)	Taxa de letalidade por sepse neonatal	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A sepse neonatal é uma causa de morte evitável. A sua ocorrência pode expressar a qualidade de cuidado no âmbito dos serviços de saúde e, portanto, precisa ser monitorada.	Taxa de letalidade por sepse neonatal



D2.R.13	The proportion of all neonatal deaths in the health facility that were due to sepsis.	A proporção de todas as mortes neonatais na unidade de saúde devido à sepse	A proporção de todas as mortes neonatais na unidade de saúde devido à sepse	<b>Recomendação:</b> Item recomendado	A proporção de mortes neonatais por sepse.
D2.R.14	The proportion of all severe neonatal morbidity in the health facility that was due to neonatal sepsis	A proporção de todas as morbidades neonatais graves na unidade de saúde devido à sepse neonatal	A proporção de todas as morbidades neonatais graves na unidade de saúde devido à sepse neonatal	<b>Recomendação:</b> Item recomendado Foi sugerido utilizar a nomenclatura -near miss neonatal, ao invés de -morbidade neonatal gravell. O grupo apontou sobre a importância de monitorar este item pois mostra o número de recém-nascidos que sobrevivem a um evento mórbido grave, que quase resultou na sua morte. Ao mesmo tempo, sinaliza sobre a necessária capacidade institucional (estrutura e processo de trabalho) para identificar precocemente a disfunção orgânica e manejá-la adequadamente.	A proporção de <i>near miss</i> neonatal na unidade de saúde devido à sepse.
D3.R.01	Data are collected routinely in the health facility during labour childbirth and the postnatal period and used regularly to make decisions on quality improvement	Os dados são coletados, rotineiramente, na unidade de saúde, durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto, e usados regularmente para tomar decisões sobre a melhoria da qualidade	Dados são coletados rotineiramente na unidade de saúde durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal e usados regularmente para tomar decisões sobre a melhoria de qualidade	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A coleta de dados já é uma atividade trivial nas unidades de saúde. O preenchimento dos prontuários clínicos é feito a cada prestação dos cuidados de saúde. O uso destes dados para a tomada de decisão é recomendado, mas garantir a mensurabilidade requer estrutura institucional.	-
D3.R.02	The proportion of health care staff by cadre, and social professionals who were satisfied with the communication during clinical hand over among members of the health care team in the health facility	A proporção de profissionais de saúde, por <b>quadro, e profissionais sociais</b> que estavam satisfeitos com a comunicação durante a passagem clínica entre <b>os membros da</b> equipe de saúde na unidade de saúde.	A proporção de profissionais da saúde que estavam satisfeitos com a comunicação entre <b>as equipes de saúde</b> durante a passagem de plantão na unidade.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado Foi sugerido retirar as expressões -por quadroll e -profissionais sociais!. Outra sugestão foi substituir -passagem clínica! por -passagem de plantão!; e -entre os membros da equipe! por -entre equipes de saúde!. A comunicação efetiva é uma meta de segurança que deve ser perseguida pelas instituições, em todos os momentos em que ocorre a prestação dos cuidados de saúde inclusive durante a passagem de plantão. As falhas que ocorrem na	Qual o seu nível de satisfação com a comunicação entre as equipes de saúde durante a passagem de plantão?

				comunicação é um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos. Sendo assim, monitorar como esta comunicação está sendo, em uma perspectiva mais subjetiva, fornece evidências e subsídios técnicos para os gestores e profissionais de saúde melhorarem os processos de comunicação.	
D4.R.01	. The proportion of all women admitted to the labour ward who reported receiving immediate attention on arrival at the health facility	A proporção de todas as mulheres admitidas na <b>enfermaria de parto</b> que relataram ter recebido atenção imediata na chegada à unidade de saúde	A proporção de todas as mulheres admitidas na <b>maternidade</b> que relataram terem sido recepcionadas por um profissional logo que chegou à unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido substituir a expressão -atenção imediata, pois é variável dependente de uma avaliação clínica e ordenação de necessidades, por -acolhida. O acolhimento da mulher deverá ser feito logo que ela entra na unidade de saúde. A classificação de risco apoia a decisão dos profissionais quanto à ordem de prioridade para o atendimento clínico, requerendo dos casos mais críticos um atendimento imediato, seguro e de qualidade. Deste modo, a -atenção imediata é uma decisão técnica, que pode variar de acordo com a condição clínica de cada mulher.	Quando você chegou na unidade de saúde, você foi acolhida por um profissional de saúde?
D4.R.02	The proportion of all women referred from the health facility who completed their referral	A proporção de todas as mulheres encaminhadas da unidade de saúde que completaram seu encaminhamento	<b>Item excluído no Método Delphi</b>	<b>Item excluído no Método Delphi</b>	-
D4.R.03	The proportion of all newborns referred from the health facility who completed their referral.	A proporção de todos os recém-nascidos encaminhados da unidade de saúde que completaram seu encaminhamento	<b>Excluído no Método Delphi</b>	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-
D4.R.04	The proportion of newborns referred from the facility who reached the referral facility without hypothermia	A proporção de recém-nascidos encaminhados do serviço que chegaram ao serviço de referência sem hipotermia	A proporção de recém-nascidos encaminhados do serviço que chegaram ao serviço de referência sem hipotermia	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A hipotermia é um preditor de morbidade e mortalidade neonatal e indica a qualidade do cuidado prestado ao RN na instituição. Não faz sentido monitorar os RNs que não tiveram hipotermia. Foi destacado a importância de monitorar a	-

				hipotermia, como um evento adverso, que decorre da prestação dos cuidados de saúde, quando não são observados os cuidados necessários. O item D2.P.06 monitora este fenómeno.	
D5.R.01	The proportion of all women who gave birth in the health facility who felt they were adequately informed by the care provider(s) about the examinations, actions and decisions taken for their care.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que se sentiram adequadamente informadas pelo(s) prestador(es) de cuidados sobre os exames, ações e decisões tomadas para o seu cuidado	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e foram adequadamente informadas pelo(s) profissionais sobre os procedimentos e decisões tomadas durante o seu cuidado	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido substituir os vocábulos -prestador por -profissionais; -exames, ações por -procedimentos. Toda mulher tem o direito de se informar sobre as condutas e procedimentos realizados durante a sua internação, de modo a estimular a tomada compartilhada de decisões.	Você foi adequadamente informada pelos profissionais sobre os procedimentos e decisões tomadas em relação ao seu cuidado e do bebê?
D5.R.02	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported that their needs and preferences were taken into account during labour, childbirth and postnatal care	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram que suas necessidades e preferências foram levadas em consideração durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e relataram que suas necessidades e preferências foram acolhidas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A Rede Cegonha no âmbito do SUS e a Política Nacional de Humanização do Pré-natal, parto e puerpério visa assegurar a todas as mulheres o direito à atenção humanizada, de acordo com as preferências e necessidades de saúde.	Você teve as suas necessidades e preferências acolhidas durante o trabalho de parto, parto e puerpério?
D5.R.03	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	<b>Item excluído por duplicidade</b>	
D5.R.04	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported that they were satisfied with the health education and information they received from care providers.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram estar satisfeitas com a educação em saúde e as informações que receberam dos profissionais de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram estar satisfeitas com a educação em saúde e as informações que receberam dos profissionais de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Substituir -educação em saúde por -orientações, pois o conceito de educação em saúde é muito técnico para a mulher responder.	Qual o seu nível de satisfação com as orientações e informações que recebeu dos profissionais de saúde?
D5.R.05	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram sua satisfação com os serviços de saúde	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D5.R.06	The proportion of all women who gave birth in the health facility who	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido acrescentar o vocábulo	Você teve a sua privacidade respeitada em todos os momentos

	were satisfied with the degree of privacy during their stay in the labour and childbirth areas	com o grau de privacidade durante a permanência nas áreas de trabalho de parto e parto	tiveram sua privacidade respeitada durante o trabalho de parto, parto e pós parto	-pós partoll, pois considerou que a privacidade deve ser garantida em todos os momentos, incluindo no pós parto. A privacidade durante o trabalho de parto e parto é um direito da mulher e a sua garantia precisa ser monitorada pelos gestores locais.	durante o trabalho de parto, parto e pós parto?
D5.R.07	The proportion of all women examined and treated in the health facility who expressed satisfaction with the degree of privacy during examinations and treatment	A proporção de todas as mulheres examinadas e tratadas na unidade de saúde que expressaram satisfação com o grau de privacidade durante os exames e tratamento	A proporção de todas as mulheres examinadas e tratadas na unidade de saúde que expressaram satisfação com o grau de privacidade durante os exames e tratamento	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. A satisfação da mulher e a experiência de parto já foi verificada em outros itens do escopo.	-
D5.R.08	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D5.R.09	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde.	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D5.R.10	The proportion of all women who gave birth in the health facility who reported having been treated with respect and their dignity preserved	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram terem sido tratadas com respeito, tendo sua dignidade preservada	A proporção de todas as mulheres que deram à luz que relataram terem sido respeitadas e tiveram sua dignidade preservada.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A atenção humanizada ao parto e nascimento privilegia o respeito, a dignidade e autonomia das mulheres. São princípios de cuidado centrado na mulher e que resgata o seu protagonismo durante todo o processo de nascimento.	Você se sentiu respeitada durante o trabalho de parto, parto e no pós parto?
D5.R.11	The proportion of all women in the health facility who made a complaint whose complaints were acted upon without repercussions	A proporção de todas as mulheres na unidade de saúde que fizeram uma reclamação cujas reclamações foram atendidas sem repercussões	A proporção de todas as mulheres na unidade de saúde que tiveram suas reclamações atendidas sem repercussões.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é genérico e não foi compreendido pelos avaliadores. O termo "sem repercussões" é vago e causou estranheza ao grupo. Outra questão levantada foi que o atendimento às reclamações nem sempre está ao alcance do gestor local e demanda articulação para além da instituição.	-
D5.R.12	The proportion of women who gave	A proporção de mulheres que deram à luz na	A proporção de mulheres que foram	<b>Recomendação:</b> Item recomendado.	Você foi comunicada sobre o

	birth in the health facility by caesarean section who were aware of the reason for the caesarean section	unidade de saúde por cesariana que estavam cientes do motivo da cesariana	comunicadas sobre o motivo da cesariana	Foi sugerido substituir –estavam cientes por –foram comunicadas. A cesariana é uma intervenção obstétrica, um ato cirúrgico, que quando realizado precisa sempre do consentimento da mulher.	motivo pelo qual realizaram a cesariana?
D5.R.13	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que expressaram satisfação com os serviços de saúde	<b>Recomendação:</b> Item excluído por duplicidade.	-
D5.R.14	The proportion of women who gave birth in the health facility who felt they had shared decisions about their labour, birth and postnatal care	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde que sentiram ter compartilhado decisões sobre seu trabalho de parto, parto e cuidados pós-parto	A proporção de mulheres que deram à luz na unidade de saúde que compartilharam decisões acerca dos cuidados ofertados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido tratar compartilhamento de decisões como uma ação e não como um sentimento. A tomada de decisão compartilhada é um princípio do cuidado centrado na mulher. Fomentar a cultura de envolvimento dos pacientes na tomada de decisão é um grande desafio para os gestores. O compartilhamento de decisões é uma equação que soma o saber técnico dos profissionais e as características culturais, sociais e econômicas da mulher.	Você participou das decisões referentes ao cuidado de saúde ofertado pelos profissionais durante o trabalho de parto, parto e pós parto?
D5.R.15	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que expressaram satisfação com os serviços de saúde	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D5.R.16	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que expressaram satisfação com os serviços de saúde	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que expressaram satisfação com os serviços de saúde	<b>Item excluído por duplicidade</b>	-
D5.R.17	The proportion of all women who gave birth in the health facility who would recommend childbirth in that facility	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que recomendariam o parto nessa unidade	A proporção de todas as mulheres que deram à luz que recomendariam o parto na mesma unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O item indica a satisfação da mulher com o atendimento que recebeu na maternidade.	Você recomendaria esta maternidade para outra mulher?
D5.R.18	The proportion of all women who gave birth in the health facility who	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram uma	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. A experiências de parto é um bom	Você ficou satisfeita com a sua experiência de parto nesta

	reported a positive birth experience	experiência de parto positiva	relataram uma experiência de parto positiva	indicador da qualidade do atendimento.	unidade de saúde?
D5.R.19	The proportion of all women who gave birth in the health facility who were satisfied that their choices and preferences were respected.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com o respeito às suas escolhas e preferências	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com o respeito às suas escolhas e preferências	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado, o que não exclui a sua importância. Portanto, de um modo geral, a experiência de parto positiva, verificada no item D5.R.18, deve considerar o respeito às escolhas e preferências das mulheres. Do mesmo modo, o item D5.R.14 verifica a participação das mulheres nos processos decisórios.	-
D5.R.20	The proportion of all women who gave birth at the health facility who reported having been informed about danger signs for her and her baby and emergency preparedness.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram terem sido informadas sobre sinais de perigo para ela e seu bebê e preparação para emergências	A proporção de todas as mulheres que relataram terem sido comunicadas sobre os sinais de perigo para ela e o bebê.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. É necessário especificar quais são os sinais de perigo evidenciados na literatura para a mulher e o RN. Os profissionais de saúde que prestam atendimento direto à mulher devem incluir na sua rotina a comunicação deste tipo de informação. Quando os sinais de perigo são comunicados claramente, as possibilidades de morte são menores.	Durante a sua internação os profissionais te orientaram sobre os sinais de alerta que você precisava no pós parto? (sinais de perigo)
D5.R.20.1	The proportion of all women who gave birth at the health facility who reported having been informed about danger signs for her and her baby and emergency preparedness.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que relataram terem sido informadas sobre sinais de perigo para ela e seu bebê e preparação para emergências	A proporção de todas as mulheres que relataram terem sido comunicadas sobre os sinais de perigo para ela e o bebê.	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. É necessário especificar quais são os sinais de perigo evidenciados na literatura para a mulher e o RN. Os profissionais de saúde que prestam atendimento direto à mulher devem incluir na sua rotina a comunicação deste tipo de informação. Quando os sinais de perigo são comunicados claramente, as possibilidades de morte são menores.	Durante a sua internação os profissionais te orientaram sobre os sinais de alerta que você precisava observar no bebê? (sinais de perigo)
D5.R.21	The proportion of all women who gave birth in the health facility who expressed satisfaction with the health services	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde que estavam satisfeitas com os cuidados de saúde que receberam	A proporção de mulheres que compareceram à unidade de saúde que estavam satisfeitas com os cuidados de saúde que receberam	<b>Item excluído por duplicidade (D5.R.18)</b>	-
D5.R.22	The proportion of all women who gave birth at the health facility who were satisfied with the care and support from facility staff	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com os cuidados e apoio da equipe da unidade	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que ficaram satisfeitas com o cuidado e apoio dos profissionais da unidade de saúde	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. O apoio e o conforto promovido pelos profissionais que assistem a mulher durante a parturição é um fator importante para a humanização do atendimento materno e neonatal. O suporte emocional ofertado contribui para experiências de parto positivas.	Você ficou satisfeita com o cuidado e apoio que recebeu dos profissionais?

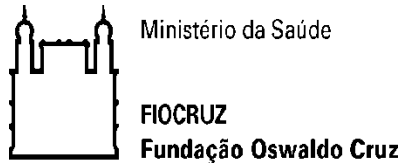
D5.R.23	The proportion of skilled birth attendants and support staff at the health facility whose preceding performance appraisal was	A proporção de parteiras qualificadas e pessoal de apoio na unidade de saúde cuja avaliação de desempenho anterior foi satisfatória	<b>Excluída no Método Deplphi</b>	<b>Excluída no Método Deplphi</b>	-
	satisfactory				
D5.R.24	The proportion of women and their families who attended the health facility who were satisfied with the water, sanitation and energy services and would recommend the health facility to friends and family	A proporção de mulheres e suas famílias que frequentaram a unidade de saúde que estavam satisfeitas com os serviços de água, saneamento e energia e recomendariam a unidade de saúde a amigos e familiares	A proporção de mulheres que frequentaram a unidade de saúde e que estavam satisfeitas com os serviços de água, saneamento e energia	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Ainda que avaliar a satisfação das mulheres seja importante, o item é muito genérico. Será que a mulher vai conseguir responder a esta pergunta com precisão?	-
D5.R.25	The proportion of all health care staff at the health facility who were satisfied with the water, sanitation and energy services and considered that these services contribute positively to providing high-quality care	A proporção de mulheres e suas famílias que frequentaram a unidade de saúde que estavam satisfeitas com a fonte de energia e iluminação e recomendariam a unidade de saúde a amigos e familiares.	A proporção de mulheres e suas famílias que frequentaram a unidade de saúde e que estavam satisfeitas com a fonte de energia e iluminação e recomendariam a unidade de saúde a amigos e familiares.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado por equivalência (D5.R.26 e D5.R.24)	-
D5.R.26	The proportion of all women who gave birth in the health facility who were satisfied with the environment of the labour and childbirth area including the cleanliness, proximity to a toilet, general lighting, level of crowding and privacy	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que estavam satisfeitas com o ambiente da área de trabalho de parto e parto, incluindo limpeza, proximidade de um banheiro, iluminação geral, nível de aglomeração e privacidade	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que estavam satisfeitas com o conforto, limpeza, iluminação e privacidade nas áreas de trabalho de parto, parto e pós parto.	<b>Recomendação:</b> Manter item. O grupo sugeriu incluir o vocábulo -conforto, quando se verificarem aspectos do ambiente. Foi recomendado retirar a expressão -nível de aglomeração, mantendo apenas -privacidade, uma vez que a aglomeração nas áreas de trabalho de parto afeta diretamente a privacidade da mulher. O uso de apenas um dos termos, ajuda a evitar redundâncias na escrita e melhorar a compreensão do item.	Você ficou satisfeita com o ambiente físico, incluindo o conforto, limpeza, iluminação e privacidade nas áreas de trabalho de parto, parto e pós parto?
D6.R.01	The proportion of women and their newborns in the health facility who were attended by a skilled birth attendant (as per the definition) during and after childbirth	A proporção de mulheres e seus recém-nascidos na unidade de saúde que foram atendidos por uma parteira qualificada (conforme a definição) durante e após o parto	<b>Excluído no Método Delphi</b>	-	-
D6.R.02	The proportion of skilled birth attendants and support staff at the health facility whose preceding performance appraisal was satisfactory	A proporção de parteiras qualificadas e pessoal de apoio na unidade de saúde cuja avaliação de desempenho anterior foi satisfatória	<b>Excluído no Método Dephi</b>	-	-
D6.R.03	The proportion of all staff at the health facility who reported being	A proporção de todos os funcionários da unidade de saúde que relataram estar	A proporção de todos os colaboradores que estão satisfeitos com seu trabalho na	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. Foi sugerido retirar a palavra	Você está satisfeito com o trabalho que vocês desenvolvem na

	-highly satisfied with their job	-altamente satisfeitos com seu trabalho	unidade de saúde.	-altamente. A satisfação dos colaboradores impacta diretamente no seu desempenho, nos processos de trabalho e desfechos clínicos.	unidade de saúde?
D6.R.04	The proportion of all staff at the health facility who could identify and report on at least one clinical improvement activity in which they were personally involved in the past six months	A proporção de todos os funcionários da unidade de saúde que puderam identificar e relatar, pelo menos, uma atividade de melhoria clínica na qual estiveram pessoalmente envolvidos nos últimos seis meses.	A proporção de todos os profissionais de saúde que pôde identificar e relatar pelo menos uma atividade de melhoria clínica na qual eles estiveram envolvidos nos últimos seis meses	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é muito genérico. É necessário definir o que são atividades de melhoria clínica e a metodologia utilizada para a coleta destes dados.	-
D6.R.05	The proportion of all staff at the health facility who were actively considering looking for a new job	A proporção de todos os funcionários da unidade de saúde que estavam pensando ativamente em procurar um novo emprego	A proporção de todos os funcionários da unidade de saúde que estavam pensando ativamente em procurar um novo emprego	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item não parece contribuir para a melhoria do atendimento materno e neonatal.	-
D6.R.06	The proportion of all health care staff at the health facility who were satisfied with the water, sanitation and energy services and considered that these services contribute positively to providing high-quality care	A proporção de todos os profissionais de saúde da unidade de saúde que estavam satisfeitos com os serviços de água, saneamento e energia e consideravam que esses serviços contribuem positivamente para a prestação de cuidados de alta qualidade	A proporção de todos os profissionais que estavam satisfeitos com os serviços de água, saneamento e energia e consideravam que esses serviços contribuem positivamente para a prestação de cuidados de alta qualidade	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item é muito abrangente e vago. O grupo apontou que a garantia da qualidade da água, saneamento e energia de uma instituição de saúde envolvem áreas da Vigilância sanitária, ambiental e engenharia clínica, sendo necessário especificar o que, de fato, se quer avaliar. Algumas perguntas foram levantadas durante a discussão do item: a satisfação com os serviços de água seria em relação à qualidade da água ou em relação aos pontos de distribuição? Da mesma forma, a satisfação com a energia seria a distribuição, quantidade de tomadas ou iluminação?	-
D7.R.01	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had a severe systemic infection or sepsis in the postnatal period including at readmission after delivery in the facility	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram uma infecção sistêmica grave ou sepsis no período pós-parto, inclusive na readmissão após o parto na unidade.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tiveram uma infecção sistêmica grave ou sepsis no período pós-parto, inclusive na readmissão após o parto na unidade.	<b>Recomendação:</b> Item excluído por equivalência (D1.R.17)	-
D7.R.02	The proportion of all women who gave birth in the health facility who had proven hospital-acquired	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde que tinham infecções hospitalares comprovadas.	A proporção de todas as mulheres que deram à luz na unidade de saúde e que tinham infecções hospitalares	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. É necessário especificar quais tipos	-



	infections.		comprovadas.	de infecções relacionadas à assistência à saúde, o item se refere a Infecções de sítio cirúrgico? ITUs? Multirresistentes? O item está vago e pouco claro. Apesar de recomendar a sua exclusão, o grupo sinalizou a importância de monitorar a taxa de infecções em sítio cirúrgico de cesariana.	
D7.R.03	The proportion of all neonates born in the health facility who had hospital-acquired infections	A proporção de todos os recém-nascidos nascidos na unidade de saúde que tiveram infecções hospitalares	A proporção de todos os recém-nascidos nascidos na unidade de saúde que tiveram infecções hospitalares	<b>Recomendação:</b> Item recomendado. As infecções hospitalares são mais prevalentes no recém-nascido prematuro e de baixo peso, pois são submetidos a procedimentos invasivos. Monitorar a taxa de infecções hospitalares é importante para verificar quais tipos de microorganismos são mais prevalentes e, assim, pensar em ações de prevenção.	Taxa de infecções hospitalares em recém-nascidos.
D8.R.01	The proportion of all recommendations in maternal death reviews at the health facility that have been fully implemented.	A proporção de todas as recomendações nas revisões de morte materna na unidade de saúde que foram totalmente implementadas.	A proporção de todas as recomendações nas revisões de morte materna na unidade de saúde que foram totalmente implementadas.	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Medir a implementação das ações recomendadas nos processos de investigação requer um método e uma estrutura institucional.	-
D8.R.02	The proportion of all recommendations in perinatal death reviews at the health facility that have been fully implemented.	A proporção de todas as recomendações provenientes das análises de mortes perinatais na unidade de saúde que foram completamente implementadas	A proporção de todas as recomendações provenientes das análises de mortes perinatais na unidade de saúde que foram completamente implementadas	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. Medir a implementação das ações recomendadas nos processos de investigação requer um método e uma estrutura institucional.	-
D8.R.03	Evidence for improved performance of the system (according to the facility dashboard)	Evidência para melhoria do desempenho do sistema (de acordo com o painel da unidade)	Evidência para melhoria do desempenho do sistema (de acordo com o painel da unidade)	<b>Recomendação:</b> Item não recomendado. O item está pouco claro e não há uma ficha técnica para ajudar na sua definição.	-

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE



FUNDAÇÃO OSWALDO  
CRUZ ESCOLA NACIONAL DE  
SAÚDE PÚBLICA



### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Dados do respondente** (o respondente não deverá ser identificado):

Gênero: ( ) Fem ( ) Masc ( ) Outro

Categoria profissional do respondente: \_\_\_\_\_

Possui especialização na área de saúde da mulher/ saúde da criança/ neonatologia e/ou obstetrícia? ( ) Sim  
( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Quantos anos de experiência profissional nesta área? \_\_\_\_\_

Quanto tempo trabalha nesta unidade? \_\_\_\_\_ Em qual setor? \_\_\_\_\_

Agora, para cada um dos itens apresentados, o respondente deverá indicar apenas uma opção de resposta:

#### COMPONENTE: ESTRUTURA

---

**1. Nos últimos 12 meses, com qual frequência você participou de sessões de atualização ou realizou treinamentos na maternidade sobre:**

---

COD	Item	Resposta				
D1.E.03	Identificação e manejo de emergências obstétricas durante o parto	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.09	Cuidados de rotina no pós- parto	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.09.1	Aleitamento materno	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.17	Manejo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.21	Manejo da hemorragia pós-parto	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.26	Manejo de partos prolongados e obstruídos	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.29	Manejo de partos prematuros	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.33	Identificação e manejo de infecções maternas periparto	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D1.E.37	Boas práticas de atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D2.E.08	Técnicas de ressuscitação básica de recém-nascidos	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D2.E.13	Cuidados essenciais prestados aos recém-nascidos prematuros de baixo peso	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D2.E.16	Identificação e manejo de infecções em recém-nascidos	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D3.E.09	Comunicação efetiva na passagem de plantão, nos encaminhamentos e na alta hospitalar	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D4.E.03	Protocolos de encaminhamento para mulheres e recém-nascidos	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D5.E.13	Direitos das mulheres e recém-nascidos e procedimentos para lidar com os casos de violação desses direitos.	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente
D5.E.16	Procedimentos para obter o consentimento informado e assim, garantir a participação da mulher nos processos decisórios relacionados a sua saúde	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Ocasionalmente	(4) Frequentemente	(5) Muito frequentemente

D5.E.22	Métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto.	(1) Nunca (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente
D7.E.07	Medidas de precaução e controle padrão de infecções.	(1) Nunca (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

2. Sobre a **AValiação dos Colaboradores e Desempenho no Serviço**, nos últimos 12 meses:

<b>D6.E.06</b>	Com qual frequência, a unidade de saúde avalia o desempenho dos profissionais?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente
<b>D8.E.15</b>	Com qual os profissionais participam de sessões de feedback com os gestores para discutir sobre ,melhorada qualidade e desempenho do serviço?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente
<b>D8.E.09</b>	Com qual frequência a unidade de saúde avalia satisfação dos colaboradores?	(1) Nunca (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

3. Sobre a **Satisfação dos Colaboradores**:

<b>D3.R.02</b>	Qual o seu nível de satisfação com a comunicação entre as equipes de saúde durante a passagem de plantão?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Parcialmente satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito
<b>D6.R.03</b>	Você está satisfeito com o trabalho que vocês desenvolvem na unidade de saúde?	(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Parcialmente satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

*\*Competência cultural é definida como a capacidade do profissional de saúde realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, levando em consideração continuamente, as crenças e práticas culturais de saúde do indivíduo, e no idioma de sua preferência (Gouveia, EAH; Silva, RO; Pessoa, BHS, 2019)*

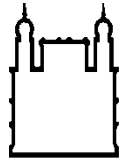
COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

---



---

## APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO MULHERES



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

FUNDAÇÃO OSWALDO  
CRUZ ESCOLA NACIONAL DE  
SAÚDE PÚBLICA



### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO MULHERES

Data do parto: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_ Quantos partos você já teve? \_\_\_\_\_ Qual foi o tipo de parto? \_\_\_\_\_

Agora, para cada um dos itens apresentados, o respondente deverá indicar a melhor opção de resposta:

**DIMENSÃO: PROCESSO**

**Dimensão: Assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério**

D1.P.05. Você recebeu anestesia ou medicamento para aliviar sua dor durante o trabalho de parto?

(1) Sim (2) Não

D5.P.09. Você foi informada sobre os canais de comunicação existentes na maternidade caso queira fazer alguma sugestão sobre o atendimento?

(1) Sim (2) Não

D5.P.12 Você teve a oportunidade de escolher a pessoa que seria seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto?

(1) Sim (2) Não

D5.P.13. O seu acompanhante foi orientado sobre qual seria o papel dele durante o trabalho de parto?

(1) Sim (2) Não

D5.P.14 Você escolheu a posição para o parto?

(1) Sim (2) Não

D5.P.16 Durante o trabalho de parto, os profissionais de saúde te ofereceram algo para beber e comer?

(1) Sim (2) Não

D2.R.02 Você foi orientada por algum profissional sobre o intervalo entre um parto e outro, e sobre o uso dos métodos contraceptivos?

(1) Sim (2) Não

**2) Dimensão: Incentivo e apoio à amamentação**

D1.P.12. Com qual frequência durante a internação você recebeu aconselhamento e apoio para amamentar de um profissional de saúde?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

**3) Dimensão: Cuidado centrado na mulher**

D5.P.05. Você ou seu bebê sofreram algum tipo de abuso físico, verbal ou sexual durante o trabalho de parto e parto?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.P.11. Você é informada sobre o seu direito de participar das decisões referentes ao seu cuidado e do bebê?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

**DIMENSÃO: RESULTADO**

**1) Dimensão: Assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério**

D4.R.01. Logo que chegou na unidade de saúde, você foi acolhida por um profissional de saúde?

(1) Sim (2) Não

D5.R.12. Você foi comunicada sobre o motivo pelo qual realizaram a cesariana?

*Obs: Somente para mulheres que foram submetidas a cesárea.*

(1) Sim (2) Não

D5.R.17 Você recomendaria esta maternidade para outra mulher?

(1) Sim (2) Não

**2) Dimensão: Cuidado centrado na mulher**

D5.R.01 Você foi adequadamente informada pelos profissionais sobre os procedimentos e decisões tomadas em relação ao seu cuidado e do bebê?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.R.02 Você teve as suas necessidades e preferências acolhidas durante o trabalho de parto, parto e pós parto?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.R.06. Você teve a sua privacidade respeitada em todos os momentos durante o trabalho de parto e parto?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.R.10. Você se sentiu respeitada durante o trabalho de parto, parto e no pós parto?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.R.14. Você participou das decisões referentes ao cuidado ofertado pelos profissionais durante o trabalho de parto, parto e pós parto?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D5.R.20 Durante a sua internação os profissionais te orientaram sobre o que você precisa observar (sinais de perigo) em você e no bebê?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

### **3) Dimensão: Satisfação da paciente**

D5.R.04 Qual o seu nível de satisfação com as orientações e informações que recebeu dos profissionais de saúde?

(1) Muito insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Parcialmente satisfeita (4) Satisfeita (5) Muito

satisfeitoD5.R.18 Você ficou satisfeita com a sua experiência de parto nesta unidade de saúde?

(1) Muito insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Parcialmente satisfeita (4) Satisfeita (5) Muito

satisfeitoD5.R.22 Você ficou satisfeita com o cuidado e apoio que recebeu dos profissionais?

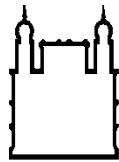
(1) Muito insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Parcialmente satisfeita (4) Satisfeita (5) Muito satisfeito

D5.R.26 Você ficou satisfeita com o ambiente físico, incluindo o conforto, limpeza, iluminação e privacidade nas áreas de trabalho de parto, parto e pós parto?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Parcialmente satisfeita (4) Satisfeita (5) Muito satisfeito



## APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO GESTORES



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA



### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – VERSÃO GESTORES\*

**Dados do respondente** (o respondente não deverá ser identificado):

Gênero: ( ) Fem ( ) Masc ( ) Outro

Cargo: \_\_\_\_\_

Possui especialização na área de saúde da mulher/ saúde da criança/ neonatologia e/ou obstetrícia? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Quantos anos de experiência profissional nesta área? \_\_\_\_\_

Quanto tempo trabalha nesta unidade?

Agora, para cada um dos itens apresentados, o respondente deverá indicar a melhor opção de resposta:

## ESTRUTURA

### 1. Dimensão: Disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos e outros materiais

1.1 Com relação aos INSUMOS, EQUIPAMENTOS E OUTROS MATERIAIS, a unidade de saúde possui em quantidade suficiente e sempre que necessário:

Cód	ITENS	RESPOSTA
D1.E.01	Termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópio clínico, sonar fetal, fitas para exames de urina, maca/cama para exames nas áreas de trabalho de parto e parto	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D1.E.06	Grampos esterilizados para cordão umbilical (ou pinças) e tesouras (ou lâminas) nas áreas de trabalho de parto e parto.	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D1.E.19.1	Materiais para administração de fluidos intravenosos. <i>Obs: Seringas, agulhas e cateteres intravenosos de diferentes calibres; garrote, luvas; algodão)</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D1.E.46	Carro de emergência lacrado e abastecido <i>Obs: O carro deve conter dispositivos de aspiração, oxímetro de pulso, cânulas de Guedel, laringoscópio com pilhas, tubos endotraqueais, ambú máscaras com bolsa-válvula para adultos, seringas de diferentes cc agulhas e cateteres intravenosos de diferentes calibres, equips e fluidos intravenosos - Antiarrítmico, antihipertensivo, antihistamínico, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, corticosteróide, digitálico, diurético, vasodilatador e vasoconstritor coronarianos, anticonvulsivante, glicose hipertônica e isotônica, soro fisiológico, gluconato de cálcio e água destilada.</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D2.E.01	Toalhas limpas para secagem imediata dos RNs	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D2.E.11	Incubadoras de dupla parede e fontes de calor radiante para controle térmico	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D2.E.12	Insumos para suporte à amamentação e métodos alternativos de alimentação para RNs prematuros e não elegíveis para aleitamento materno. <i>Obs: copo, colher, fórmula infantil, bombas extratoras de leite, bombas de seringa e equips)</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

D7.E.01	Pia com água potável equipada com sabonete e toalhas de papel descartáveis e; pontos com álcool gel a 70% para assepsia das mãos	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D5.E.01	Materiais de educação em saúde escritos, ilustrados e digitais que sejam de fácil compreensão e acessíveis para a população atendida <i>Obs: Benefícios da amamentação; Atenção aos sinais de alerta nas primeiras semanas após o parto; Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção em saúde; triagem neonatal; planejamento familiar após o parto; Conscientização sobre a importância das consultas puerperais; orientações para as mulheres que não devem amamentar (portadoras de HIV e de HTLV)</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D7.E.08	Recipiente identificado, resistente à ruptura, impermeável, com pedal e tampa, para o acondicionamento e a segregação adequada do resíduo, de acordo com as suas características física e química, em todos os locais de atendimento à mulher e ao recém-nascido <i>Obs:</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D8.E.27	Equipamentos e suporte laboratorial necessário para o manejo diagnóstico e clínico de mulheres <i>bioquímicos, imunologia, sorologia, urinálise, hormonais e microbiológicos.</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre
D8.E.28	A unidade de saúde tem fontes seguras e ininterruptas de oxigênio nas áreas de internação <i>Obs: Os postos de utilização junto ao leito do paciente devem estar localizados a uma altura aproximadamente 1,5 m acima do piso ou embutidos em painel apropriado, a fim de evitar dano físico à válvula, bem como ao equipamento de controle e acessórios, tais como: fluxômetros, umidificadores ou qualquer outro acessório neles instalado (NBR 12188:2003). A identificação dos gases e vácuo nas tubulações deve seguir a NBR 12188:2003; Quanto aos pontos de distribuição deve haver nas áreas de cuidados e higienização de RN, 1 por berço. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por berço; Nos Berçário de cuidados intermediários, 1 para cada berço/incubadora. Caso não haja ar</i>	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre

*comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por berço/incubadora; nos Berçário de cuidados intensivos - UTI neonatal, 2 para cada berço/ incubadora; na sala de pré parto, 1 para cada leito; na sala de parto, 1 para cada mesa de parto. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por mesa; na sala/ quarto PPP, 1 para cada leito. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por leito*

- |                  |  |  |
|------------------|--|--|
| <b>D8.E.28.1</b> | Insumos e materiais para suporte ventilatório<br><i>Obs: Cânulas nasais, máscaras faciais, máscara com balão autoinflável para administração de oxigênio, balão autoinflável, balão anestésico e ventilador mecânico manual em T, cânula ou tubo traqueal.</i> | (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre |
| <b>D8.E.31</b>   | Aparelho de ultrassonografia funcionando, com profissional treinado para realização do exame   | (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre |