



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO RODRIGUES

PROTÓCOLOS ASSISTENCIAIS EM OBSTETRÍCIA DE MATERNIDADE
TERCIÁRIA EM FORTALEZA-CE

FORTALEZA

2019

DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO RODRIGUES

PROTÓCOLOS ASSISTENCIAIS EM OBSTETRÍCIA DE MATERNIDADE TERCIÁRIA
EM FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R1p RODRIGUES, DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO RODRIGUES.
PROCOLOS ASSISTENCIAIS EM OBSTETRÍCIA DE MATERNIDADE TERCIÁRIA EM
FORTALEZA-CE / DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO RODRIGUES RODRIGUES. – 2019.
482 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa .

1. Protocolos clínicos. 2. Mortalidade materna. 3. Segurança do paciente. I. Título.

CDD 610

DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO RODRIGUES

PROTOSCOLOS ASSISTENCIAIS EM OBSTETRÍCIA DE MATERNIDADE TERCIÁRIA
EM FORTALEZA-CE

Dissertação apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Raquel Autran Coelho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por ter me abençoado nesses dias, por ter guiado meus caminhos e por ter colocado pessoas iluminadas na minha trajetória acadêmica.

Aos meus pais, Afonso e Marta, pelo esforço e por tudo que abdicaram para que eu tivesse a oportunidade de ingressar em uma universidade pública.

Ao meu esposo, Marcus, pelo constante incentivo nos momentos de desânimo e compreensão nos momentos de ausência. À minha filha, Isabella, que fez parte deste sonho ainda no meu ventre.

Ao professor Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa, agradeço a oportunidade de tê-lo como preceptor da residência médica, orientador do TCC e do mestrado. Tenho imenso orgulho de citá-lo como um dos principais responsáveis pela minha formação profissional. Agradeço pela confiança, pelos conselhos e pela paciência.

Aos professores participantes das bancas de qualificação e defesa (Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior, Dra. Raquel Autran Coelho e Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho), pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos autores do livro que, em conjunto, concretizaram da melhor forma possível o produto deste mestrado.

Aos colegas de turma, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

“Saber não basta; nós devemos aplicar.
Disposição não é suficiente; nós devemos fazer.”

Goethe

RESUMO

A morbidade e a mortalidade materna ainda representam um grave problema de saúde pública, o que justifica os esforços na criação de estratégias para melhorar a qualidade da assistência obstétrica. Uma importante medida para garantir a segurança da paciente no ciclo gravídico-puerperal é a elaboração de diretrizes clínicas institucionais. O objetivo deste trabalho foi atualizar, elaborar e editar Protocolos Assistenciais em Obstetrícia a serem adotados pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no formato de um livro digital e impresso. As recomendações foram realizadas a partir de uma revisão integrativa das evidências científicas e uma avaliação dos riscos e benefícios das opções de cuidado, visando otimizar o atendimento prestado. Para melhorar a confiabilidade, foram elaboradas e validadas em reuniões científicas por um grupo experiente de especialistas para obtenção de um consenso, considerando cada subgrupo de paciente e baseando-se em um processo transparente para reduzir possíveis vieses e conflitos de interesse.

Palavras-chave: Protocolos clínicos; Mortalidade materna; Segurança do paciente.

ABSTRACT

Maternal morbidity and mortality still represent a serious public health problem, which justifies efforts to create strategies to improve the quality of obstetric care. An important action to ensure patient safety in the pregnancy-puerperal cycle is the development of institutional clinical guidelines. The objective of this study was the updating and edition of the Assistance Protocols in Obstetrics Maternity School Assis Chateaubriand. The recommendations were based on integrative review of scientific evidence and assessment of risks and benefits of management options, aiming to optimize the care provided. To improve reliability, they were designed and validated by an experienced group of experts, considering each patient subgroup and based on a transparent process to reduce potential biases and conflicts of interest.

Keywords: Clinical protocols; Maternal Mortality; Patient Safety

APICE ON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
BVS-MS	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
TMH	Taxa de Mortalidade Hospitalar
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Etapas da elaboração dos protocolos assistenciais.....	15
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização	12
1.1.1 Morbidade e Mortalidade Materna: panorama global	12
1.1.2 Morbidade e Mortalidade Materna no Ceará.....	14
1.1.3 Maternidade Escola Assis Chateaubriand: descrição da atuação na rede de assistência.	15
1.2 Segurança do paciente	17
1.3 Diretrizes clínicas	18
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3. METODOLOGIA.....	23
3. 1 Tipo de estudo.....	23
3. 2 Definição dos temas dos protocolos	23
3.3 Definição da equipe de trabalho	25
3.3.1 Autores.....	25
3.3.2 Editores.....	25
3.3.3 Revisores para validação interna	26
3.4 Etapas da elaboração (Figura 1)	26
3.4.1 Captação de todos os protocolos já existentes na instituição	26
3.4.2 Seleção dos temas predefinidos	26
3.4.3 Revisão pelos autores	26
3.4.4 Elaboração de novos protocolos	27
3.4.5 Revisão pelos editores	27
3.3.6 Validação interna	27
3.3.7 Aprovação da gestão.....	28
3.3.8 Formatação do texto e publicação	28
4. RESULTADOS.....	29
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

1.1.1 Morbidade e Mortalidade Materna: panorama global

Há mais de três décadas, a mortalidade materna é um problema em evidência no meio científico mundial. Após a publicação do artigo “Mortalidade Materna - uma tragédia negligenciada”, o mundo passou a reconhecer a gravidade do problema com mais intensidade e mobilizar recursos para criação de medidas de combate à mortalidade materna (ROSENFELD; MAINE, 1985).

Nas décadas de 1980 e 1990, foram direcionadas medidas para melhorar a qualidade da assistência e resolução das complicações obstétricas. Apesar dos esforços dispensados, não houve uma redução importante do número de mortes maternas em todo o mundo nesse período (MAINE; ROSENFELD, 1999). No ano 2000, foram registradas 374.321 mortes maternas por causas evitáveis relacionadas à gestação (KASSEBAUM *et al.*, 2016).

Nesse contexto, por meio de uma iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, no ano 2000, 182 países assumiram o compromisso de reduzir a mortalidade materna como meta incluída nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. As metas principais contemplavam a redução de 75% da Razão de Mortalidade Materna (RMM- número de óbitos maternos/100.000 nascidos vivos) entre 1990-2015 e acesso universal à saúde reprodutiva para todas as mulheres. A redução da RMM foi de 30%, bem abaixo da meta inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Apesar dos esforços e avanços significativos, apenas 10 países atingiram as metas propostas, e o Brasil não está incluído nessa lista. Nesse país, a redução da RMM foi de 22,6%, abaixo da meta pactuada e da média global (KASSEBAUM *et al.*, 2016).

Aproveitando o impulso dos resultados gerados pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da necessidade de um novo desafio para continuar o combate à mortalidade materna, em setembro de 2015, a comunidade global adotou um conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) para fornecer novas metas de referência para o desenvolvimento global entre 2016 e 2030. Dentre os ODS, existe um grande objetivo relacionado à saúde (isto é, o ODS 3 – Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades) e uma de suas metas é reduzir a RMM global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, nesse período. Tendo em vista que atualmente a RMM global situa-se em

torno de 210/100.000, deverá haver um esforço de todos os países em reduzir pelo menos dois terços da RMM. No caso do Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A maioria das mortes maternas é evitável e ocorre em mais de 99% dos casos em países em desenvolvimento (SAUCEDO; DENEUX-THARAUX; BOUVIER-COLLE, 2011). Esses dados revelam a razão de mortalidade materna como importante descritor das condições socioeconômicas e a enorme diferença na assistência entre países ricos e pobres do mundo. Embora o Brasil esteja entre os 10 países mais ricos do mundo, em termos de renda *per capita*, ocupa a 54ª posição no *ranking*. Países considerados mais pobres ou em níveis de desenvolvimento semelhantes ao do Brasil possuem indicadores de mortalidade materna melhores. Por exemplo, a Faixa de Gaza, envolvida em situação de guerra permanente e com uma renda *per capita* quase cinco vezes menor que a do Brasil, possui uma razão de mortalidade materna de 64/100.000 nascidos vivos, semelhante à brasileira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No Brasil, 98% das mulheres têm seus partos assistidos por profissionais habilitados e em unidades hospitalares, mesmo assim a mortalidade materna está bem aquém dos progressos econômicos e tecnológicos atingidos no país (BRASIL, 2012). Esse fenômeno é chamado de paradoxo perinatal brasileiro, em que mesmo com recursos materiais e profissionais disponíveis, a assistência não tem a qualidade que seria necessária para eliminar as mortes maternas evitáveis (DINIZ, 2009).

Além dos dados de RMM, para cada mulher que morre, muitas outras apresentam graves complicações, mas não necessariamente evoluem para o óbito naquele momento, o que corresponde a morbidade materna grave (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Estima-se que para cada morte materna, aproximadamente 100 mulheres apresentam morbidade materna grave (HOGAN *et al.*, 2010; NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2013). Os dados gerados a partir da avaliação desses casos permitem a realização de intervenções nos fatores de risco modificáveis.

Analisando-se o perfil das intervenções necessárias para a assistência de mulheres com morbidade materna grave, observa-se que a maior parte dessas mulheres não demandou assistência que envolvesse recursos materiais além dos já utilizados para a assistência obstétrica de boa qualidade, tendo sido necessária a maior vigilância e atenção, o que efetivamente depende da capacidade e das habilidades das equipes em identificar o problema e prestar a solução adequada (NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2013).

No Brasil, esforços são realizados para redução da mortalidade materna, por meio da implementação de políticas públicas para garantir a humanização e atenção de qualidade no pré-natal, parto e puerpério. Profissionais da saúde são capacitados, tanto no âmbito da atenção básica quanto nas urgências, para atuarem nos cuidados com a gestação. E outra importante estratégia é o fortalecimento das comissões para investigação do óbito materno, o que permite reconhecer possíveis falhas na assistência que poderiam ter sido evitadas (BRASIL, 2012).

A principal política pública brasileira voltada para a gestação é a Rede Cegonha, que consiste principalmente no apoio financeiro para acompanhamento da mulher desde a concepção, pré-natal, parto, puerpério e da criança nos primeiros dois anos de vida. As ações dessa Rede impactam positivamente milhares de maternidades no país, incluindo a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), no Ceará (BRASIL, 2012).

Dentre as estratégias desenvolvidas e estimuladas pela Rede Cegonha está o Projeto Parto Cuidadoso, que visa avaliar e monitorizar as taxas de cesárea. Outro projeto é o de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), que tem como objetivo qualificar o ensino e o exercício da Obstetrícia e Neonatologia com base nas melhores evidências científicas. Por fim, outra estratégia é o Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia, que qualifica os profissionais para o manejo da hemorragia pós-parto. Essas medidas destacam a importância de iniciativas com objetivo de disponibilizar instrumentos para capacitação dos profissionais (BRASIL, 2017a).

A meta de reduzir a morbidade e mortalidade materna, embora ambiciosa, se mostra viável, dadas as evidências do progresso alcançado nas últimas décadas. As estratégias para atingir esses alvos devem fundamentar-se na eficácia da implementação de condutas baseadas em evidências científicas e centradas no indivíduo, tanto na seleção de metas como no quadro estratégico para alcançá-las, assegurando um cuidado de alta qualidade e acessível a todos.

1.1.2 Morbidade e Mortalidade Materna no Ceará

No Ceará, de 1998 a 2014, foram confirmadas 2.039 mortes maternas (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 1.802 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da Razão de Mortalidade Materna, no período supracitado, de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa retrospectiva de 17 anos, observa-se uma média anual de 107 óbitos por causas obstétricas no Ceará, com uma média de nove mortes por mês (CEARÁ, 2015).

Entre 2014 e 2016, houve uma redução de 31% dos óbitos maternos, passando de 135 em 2014 para 93 em 2016. As causas obstétricas diretas destacam-se entre os 93 óbitos maternos ocorridos no Ceará em 2016, representando 47,3% (44/93) dos mesmos. A hemorragia e a hipertensão foram as principais causas do óbito obstétrico, ambas com 18,2% (8/44) das ocorrências, seguidas por complicações no parto com 15,9% (7/44). O momento da ocorrência do óbito é significativo para que sejam desencadeadas ações voltadas para assistência. No Ceará, 42% dos óbitos maternos ocorreram no puerpério e 22% aconteceram na gestação (CEARÁ, 2017).

Em 2012, o estado do Ceará assumiu o compromisso junto ao Ministério da Saúde de implantar a Rede Cegonha, que visa garantir às mulheres a possibilidade de acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. Muitos avanços foram conquistados com a Rede, entretanto, considerando que a maioria dessas mortes poderiam ter sido evitadas, faz-se necessária a intensificação da elaboração de ações estratégicas que visem à melhoria na qualidade da assistência em todos os níveis da atenção (BRASIL, 2012).

1.1.3 Maternidade Escola Assis Chateaubriand: descrição da atuação na rede de assistência

A MEAC é um hospital de Fortaleza- CE, que faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC) e atua nas áreas de assistência, ensino e pesquisa da saúde da mulher e do recém-nascido. É uma instituição reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro de Apoio em Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia. É referência regional em atendimento obstétrico de alta complexidade. Tem na sua política a priorização de estratégias para garantir a segurança do paciente e reduzir a morbidade e mortalidade materna.

A MEAC é responsável pela formação de alunos de graduação e pós-graduação de inúmeros cursos de saúde da UFC e de outras instituições de ensino superior, especialmente das residências médica e multiprofissional. Além de sua função básica de promover o ensino, a pesquisa e a extensão, a MEAC vem se consolidando, ano após ano, como hospital de referência no estado do Ceará, no atendimento obstétrico em nível terciário, desde a assistência ambulatorial até casos de emergência. A instituição exerce também um papel de modelo para implantação de rotinas em outras unidades do Sistema Único de Saúde, matriciando por meio da capacitação de profissionais e elaboração de planos de ação (ALENCAR JUNIOR, 2019).

Para uma adequada assistência, a MEAC possui uma estrutura física composta por

31 consultórios, divididos entre os serviços de Ginecologia, Mastologia, Obstetrícia e Neonatologia. Apresenta 171 leitos de internação, sendo 90 leitos em clínica obstétrica e quatro em unidade de terapia intensiva materna. Dispõe ainda de dez leitos para assistência ao parto, seis salas cirúrgicas e cinco camas em sala de recuperação. O setor de emergência é composto por três salas de atendimento e quatro camas para observação (ALENCAR JUNIOR, 2019).

Além da estrutura assistencial, possui também locais específicos para o desenvolvimento do ensino e pesquisa. O Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva é responsável pela regulação dos estágios e ações voltadas para o ensino na instituição. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde gerencia as capacitações e treinamentos aos profissionais da MEAC. É encarregado também de manter o funcionamento das salas de ensino e do laboratório de habilidades, com acervo de manequins de simulação para o ensino das práticas clínicas. Dispõe ainda do Comitê de Ética em Pesquisa, que analisou 140 projetos em 2018, dos quais 136 foram aprovados (ALENCAR JUNIOR, 2019).

No último ano, estagiaram na MEAC 1.569 alunos de graduação dos diversos cursos da área da saúde da UFC e de outras instituições públicas e privadas do Ceará e de outros estados do Nordeste, 84 residentes dos programas de residência da UFC e 83 de programas externos. Além de um quantitativo não mensurável de alunos e profissionais que foram influenciados pelos modelos de assistência prestados na instituição (ALENCAR JUNIOR, 2019).

No ano de 2018, a MEAC realizou aproximadamente 25.000 atendimentos emergenciais e 56.000 consultas médicas ambulatoriais. Na assistência obstétrica, apresentou uma média de 400 partos por mês, com uma taxa de cesárea de 59,7%. Em relação à análise dos dados de óbitos maternos institucionais, a RMM não é o indicador apropriado. Deve ser utilizada a Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH), que consiste na relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de saídas do hospital. Em 2017, a TMH da MEAC foi 1,9% e, em 2018, 1,3%. Uma baixa TMH reflete um padrão de excelência na assistência à saúde a ser seguido e mantido no hospital. Em hospitais gerais, idealmente a taxa deve ser menor que 3%, entretanto, considerando apenas a mortalidade materna, deve ser zero ou o mais próximo possível (ALENCAR JUNIOR, 2019).

Para atuar com excelência nessas áreas, tanto no ensino como na assistência, sendo referência em todo o Estado, há uma preocupação constante com o desenvolvimento de novas informações científicas para inclusão na prática clínica rotineira sob a forma de protocolos clínicos baseados em evidências científicas consistentes e atualizadas.

1.2 Segurança do paciente

Segundo a OMS, a segurança do paciente é definida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde ao mínimo possível. O erro e os eventos adversos decorrentes de ações que inicialmente tinham como objetivo a promoção da saúde, estão descritos há mais de um século. Entretanto, seu combate como estratégia para garantir a segurança da paciente e melhorar a qualidade dos sistemas de saúde só ganhou destaque nos últimos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; BRASIL, 2017b).

A primeira etapa em busca da excelência no atendimento é reconhecer que o cuidado de saúde pode ser danoso ao paciente e saber o impacto que o erro pode ter. A partir desse reconhecimento, é possível a adoção de estratégias visando minimizar as falhas. Há mais de uma década, as autoridades de saúde têm focado em abordar essas questões relacionadas à segurança da paciente. Diversas políticas públicas já foram implementadas com esse fim e muitos avanços foram obtidos, todavia os dados atuais ainda revelam uma elevada taxa de eventos danosos evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; BRASIL, 2017b).

Segundo alguns pesquisadores, para o sistema de saúde tornar-se mais seguro, os serviços deveriam superar as tradições relacionadas à completa autonomia e autoridade dos profissionais. Alguns prestadores utilizam essas características de forma indiscriminada, por vezes não respeitando as recomendações e estratégias adotadas pelo serviço para garantir a segurança da paciente. Os profissionais devem ser capacitados para trabalho em equipe, adesão de protocolos e respeito às regras da instituição. A sistematização do cuidado favorece a redução de falhas com inerente aumento da qualidade da assistência (WONG; BEGLARYAN, 2004)

Outro método para minimizar o erro humano é a utilização de ferramentas que reduzam a dependência de memória de curto prazo, que somente deve ser utilizada para executar tarefas simples. A crescente necessidade de sistematizar o cuidado, a fim de diminuir as complicações evitáveis e prevenir os erros, tem servido de catalisador para estimular a prática baseada em evidência à beira leito. Para tanto, requer também a participação dos gestores para viabilizar o acesso a protocolos clínicos institucionais, permitindo assim a utilização das melhores evidências científicas com objetivo de otimizar a segurança dos pacientes (WONG; BEGLARYAN, 2004).

Como a analogia do “queijo suíço”, proposta por Reason (2000). Os furos na assistência sempre existirão, entretanto, cabe aos gestores buscar maneiras para evitar que essas falhas se enfileirem e atinjam ao paciente. Criando mecanismos múltiplos de barreira ao risco,

como profissionais atualizados, protocolos clínicos e de segurança, check list e prescrições padronizadas (Reason, 2000).

Progressos importantes foram alcançados para a segurança do paciente nos últimos anos. Diversas estratégias e abordagens estão ajudando a mantê-los mais seguros. Contudo, torna-se necessário avançar e implementar nos serviços os métodos que sabidamente reforçam as defesas no combate aos danos evitáveis.

1.3 Diretrizes clínicas

Diretrizes clínicas são recomendações desenvolvidas com o objetivo de guiar as condutas dos profissionais de saúde e gestores. São formuladas a partir da revisão da literatura para selecionar as evidências com melhor qualidade, visando otimizar o manejo dos pacientes e a utilização dos recursos. Já foi demonstrado que a redação e implementação de diretrizes padronizadas nos serviços proporcionam melhoria na assistência prestada e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade e impacto positivo na qualidade de vida (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A quantidade de trabalhos científicos publicados na área da saúde é enorme, e esse número aumenta a cada instante. As pesquisas apresentam uma grande heterogeneidade na forma de desenvolvimento e nos resultados, que em muitos casos, no lugar de auxiliar a tomada de decisão, confundem os profissionais (OXMAN; GLASZIOU; WILLIAMS, 2008). Tal fato corrobora com a necessidade de elaboração de sínteses para a utilização das evidências na prática clínica.

Nos últimos 30 anos, houve uma mudança significativa na forma de elaboração das diretrizes. Por décadas foram fundamentadas apenas na opinião de especialistas no assunto e nas condutas repassadas verbalmente sem uniformização, entretanto, atualmente, esses aspectos vêm mudando. Os protocolos devem ser elaborados considerando evidências de alta qualidade, todavia não pretendem substituir totalmente o julgamento e a experiência clínica. Uma assistência de excelência requer a combinação equilibrada de evidência, experiência e preferência do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Além dos protocolos assistenciais serem um instrumento para os prestadores basearem suas condutas, são também uma ferramenta que auxilia a gestão na supervisão e no acompanhamento da qualidade das ações e dos serviços prestados. Isso possibilita a melhor distribuição dos recursos e garante a segurança do paciente. Entretanto, não devem ser utilizados para intimidar o prestador com avaliações de desempenho (GROL, 2001).

Os principais objetivos da elaboração de diretrizes devem ser (TETREAULT *et al*, 2019):

- Interpretar e sintetizar evidências científicas em recomendações práticas que otimizem o manejo clínico, evitando intervenções prejudiciais ou desnecessárias.
- Padronizar e estabelecer orientações de atendimento e reduzir variações no manejo das pacientes.
- Facilitar a tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes.
- Influenciar os gestores nas suas decisões sobre a alocação de recursos materiais e humanos.
- Permitir a criação de um Programa de Educação Continuada para capacitação dos profissionais baseada em recomendações atualizadas.

Para cumprir tais objetivos, as diretrizes devem possuir os seguintes atributos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011):

- Validade: As recomendações são válidas se, quando adotadas na prática, levarem a melhores resultados com custos aceitáveis e previsíveis.
- Confiabilidade/Reprodutibilidade: As diretrizes são confiáveis e reprodutíveis quando, dadas as mesmas evidências e métodos para o desenvolvimento, outro grupo de especialistas sob as mesmas circunstâncias produzisse as mesmas recomendações.
- Aplicabilidade clínica: Os protocolos devem incluir a população para o qual se aplicam.
- Flexibilidade clínica: As diretrizes devem identificar exceções conhecidas ou esperadas em relação às recomendações.
- Clareza: As diretrizes devem usar linguagem clara e acessível, não ambígua, com modos de apresentação lógicos e fáceis de seguir.
- Processo multidisciplinar: As diretrizes práticas devem ser elaboradas com a inclusão de representantes de todas as áreas que terão sua assistência modificada pelas recomendações.
- Revisão programada: As diretrizes devem estabelecer a periodicidade das revisões, dadas novas evidências clínicas ou mudança de consenso profissional.
- Documentação: Os procedimentos seguidos no desenvolvimento de diretrizes, participantes envolvidos e as evidências utilizadas devem ser documentados e descritos.

Os custos para elaboração inicial dessas diretrizes são elevados e demandam tempo,

recursos humanos e financeiros. E nem sempre é possível elaborar uma diretriz para todas as patologias, tendo em vista a grande diversidade clínica (KHODAMBASHI; NYTRØ 2017). Para dirimir essas dificuldades, é possível utilizar os *guidelines* da literatura mundial com boa qualidade e adaptá-los para realidade local, considerando as diferenças sociais, culturais e econômicas (MELO *et al*, 2015).

As instituições podem ser sobrecarregadas devido à grande demanda de criação e atualização de protocolos clínicos sem a disponibilidade do investimento necessário para tais pesquisas ou profissionais com conhecimento técnico para elaborá-las. A estratégia de redação de protocolos locais, adaptando diretrizes nacionais ou internacionais já existentes, é aceita e válida. Evita a duplicação de esforços, melhora a aceitação local das recomendações e reduz custos diretos e indiretos (THE ADAPTE COLLABORATION, 2009).

Ao personalizar uma diretriz já existente para as condições locais, é possível que ocorra um distanciamento da melhor evidência científica. Para evitar esse tipo de erro, é necessário que haja rigor metodológico e, quando não for possível evitá-lo, que sejam relatadas no protocolo as condutas alternativas, bem como a justificativa para adotá-las (FERVERS *et al*, 2011).

Este trabalho tem como objetivo elaborar e atualizar os Protocolos Assistenciais em Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, fundamentando-se em diretrizes nacionais e internacionais já existentes. Visa com isso melhorar a segurança da paciente e os indicadores de desempenho no combate à morbidade e mortalidade materna. Por ter um importante papel no ensino médico e multidisciplinar, e ser referência para outros serviços, as recomendações permitem a difusão do conhecimento ultrapassando os “muros” da própria instituição.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Atualizar, elaborar e editar Protocolos Assistenciais em Obstetrícia a serem adotados pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand para orientar a assistência e o ensino obstétrico na instituição.

2.2 Objetivos específicos

- Atualizar e editar os protocolos de Obstetrícia já disponíveis na instituição no formato eletrônico.
 - Abortamento
 - Analgesia de parto
 - Anestesia para cesárea
 - Assistência ao parto e nascimento
 - Caracterização do trabalho de parto em risco habitual e alto risco
 - Cardiopatia
 - Cardiotocografia
 - Descolamento prematuro de placenta
 - *Diabetes Mellitus*
 - Distócias
 - Doença trofoblástica gestacional
 - Endometrite puerperal
 - Fórcepe
 - Gestação ectópica
 - Gestação prolongada
 - Retrovirose
 - Gestação múltipla
 - Hemorragia pós-parto
 - Incompetência istmocervical e cerclagem
 - Indução do trabalho de parto
 - Infecção do trato urinário

- Infecção pelo vírus *influenza*, a (H1N1)
 - Inserção baixa de placenta
 - Óbito fetal
 - Partograma
 - Restrição de crescimento fetal
 - Rotura anteparto de membranas ovulares
 - Sífilis
 - Síndromes hipertensivas na gestação
 - Toxoplasmose
 - Trabalho de parto prematuro
 - Tromboembolismo venoso na gestação
-
- Elaborar os protocolos ainda não disponíveis na instituição
 - Sepsis e choque séptico
 - Prolapso de cordão
 - Prevenção de isoimunização/Anemia fetal
-
- Editar os protocolos no formato de um livro digital e impresso a ser publicado nos padrões da Editora Universitária (Universidade Federal do Ceará).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, realizada de modo a identificar, analisar e sintetizar recomendações no formato de protocolos assistenciais. Para tanto, as seguintes etapas foram seguidas:

1. Definição das perguntas de pesquisa (temas dos protocolos).
2. Busca de trabalhos na literatura.
3. Análise crítica das evidências.
4. Validação local das recomendações.
5. Redação final do protocolo.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Cochrane Library* e Biblioteca Virtual em Saúde-Ministério da Saúde (BVS-MS). Utilizando como termo de busca o título do capítulo e termos correlatos.

As demais etapas de desenvolvimento dos protocolos estão descritas nos tópicos a seguir.

3.2 Definição dos temas dos protocolos

Considerando a complexidade e o tempo para elaboração das diretrizes, foram selecionados os temas com maior potencial para melhorar a qualidade na assistência, tendo em vista o perfil de atendimentos da instituição.

A escolha dos temas para serem revisados e incluídos no livro foi fundamentada nos seguintes tópicos:

- Prevalência dos agravos.
- Novos tratamentos e tecnologias a serem incorporados para melhorar o cuidado do paciente.
- Existência de boa qualidade de evidência para fundamentar as condutas.
- Presença de incertezas e variabilidade no manejo de determinadas situações.

- Necessidade de mudança de práticas e potencial para reduzir a prática ineficaz.
- Redução de custos sem perda de efetividade.
- Potencial para melhorar os resultados, refletindo na qualidade de vida e reduzindo a morbidade e mortalidade.

Em reunião conjunta com os revisores e grupo gestor da instituição, levando em consideração os tópicos acima, os 37 temas foram selecionados para compor o livro:

- Abortamento
- Analgesia de parto
- Anestesia para cesárea
- Assistência ao parto e nascimento
- Caracterização do trabalho de parto em risco habitual e alto risco
- Cardiopatia
- Cardiotocografia
- Descolamento prematuro de placenta
- *Diabetes Mellitus*
- Distócias
- Doença trofoblástica gestacional
- Endometrite puerperal
- Fórcipe
- Gestação ectópica
- Gestação prolongada
- Gestação múltipla
- Gestante com retrovírose
- Hemorragia pós-parto
- Incompetência istmocervical e cerclagem
- Indução do trabalho de parto com feto vivo
- Infecção do trato urinário
- Infecção pelo vírus *influenza*, a (H1N1)
- Infecção pelo vírus ZIKA
- Inserção baixa de placenta

- Óbito fetal
- Partograma
- Prolapso de cordão
- Prevenção de isoimunização/Anemia fetal
- Restrição de crescimento fetal
- Rotura anteparto de membranas ovulares
- Seps e choque séptico
- Sífilis
- Síndromes hipertensivas na gestação
- Toxoplasmose
- Trabalho de parto prematuro
- Tromboembolismo venoso na gestação
- Transfusão maciça por sangramento periparto

3.3 Definição da equipe de trabalho

3.3.1 Autores

A maioria dos autores participantes faz parte do corpo clínico da MEAC (85%), o que é uma boa estratégia de seleção, pois a abordagem participativa com a elaboração dos protocolos facilita a posterior aceitação e implementação das recomendações. Um total de 41 autores participaram da redação e revisão dos 37 temas, envolvendo na sua maioria obstetras, mas também outras especialidades médicas (Endocrinologia (2), Hematologia (2), Infectologia (1), Terapia Intensiva (1), Cardiologia (2), Anestesiologia (4)) e Enfermagem (4). Os temas foram distribuídos considerando a experiência dos autores e seu envolvimento com o trabalho.

3.3.2 Editores

O processo editorial e de revisão da literatura foi coordenado por uma médica ginecologista e obstetra, que é aluna do mestrado profissional em Saúde da Mulher e da Criança da UFC. Sob orientação e supervisão do gerente de Atenção à Saúde da MEAC- EBSERH e orientador do programa de pós-graduação.

Participou também do processo de edição e organização da obra a presidente da

Comissão Hospitalar de Prevenção ao óbito materno, infantil e fetal da MEAC- EBSEH e mestre em Cirurgia pela UFC.

3.3.3 Revisores para validação interna

Fizeram parte do grupo de revisores os profissionais da Clínica Obstétrica da MEAC, composto por cinco médicos obstetras, sendo quatro com título de mestre. Eles foram selecionados por serem responsáveis pela gestão direta dos diferentes segmentos da Obstetrícia na instituição (emergência, sala de parto e enfermaria de alto risco) e por estarem mais envolvidos com as atividades científicas de pesquisa e docência.

3.4 Etapas da elaboração (Figura 1)

3.4.1 Captação de todos os protocolos já existentes na instituição

Foram localizados 193 protocolos, sendo nas áreas de Obstetrícia (35), Ginecologia (29), Neonatologia, (62), Anestesiologia (11), Mastologia (02), Hemoterapia (9), Segurança do Paciente (10), Controle de Infecção Hospitalar (09), Farmácia (1), Fisioterapia (17), Terapia Ocupacional (2), Nutrição (5) e Atenção Psicossocial (1).

3.4.2 Seleção dos temas predefinidos

Foram selecionados 34 protocolos para revisão, tendo em vista os temas escolhidos para o livro. Apenas o protocolo de neuroproteção não foi selecionado para revisão, pois o tema já estava contemplado no capítulo de trabalho de parto prematuro.

3.4.3 Revisão pelos autores

Cada protocolo foi enviado via *e-mail* em formato de arquivo editável para o autor principal, com as orientações para realizar uma revisão integrativa da literatura no tema envolvido, considerando principalmente as Diretrizes de Sociedades e Revisões Sistemáticas publicadas nos últimos cinco anos. Poderiam ser incluídos em cada protocolo até mais três autores, para auxiliar na elaboração das recomendações. Foi dado o prazo de um mês para a realização da tarefa. Todos os protocolos foram revisados e devolvidos, sendo dois deles além

do prazo estabelecido (Fórcipe e Distócia), os quais foram recebidos após 63 dias.

3.4.4 Elaboração de novos protocolos

Dentre os temas propostos levando em consideração os tópicos já citados, três não haviam sido elaborados anteriormente e foram escritos. A saber: Prolapso de cordão, Sepse e choque séptico e Prevenção de isoimunização/Anemia fetal. Foram redigidos adaptando protocolos de Sociedades Internacionais, conforme consta nas referências de cada protocolo.

3.4.5 Revisão pelos editores

Após devolução do protocolo pelos autores, as recomendações foram novamente revisadas pelos editores, a fim de avaliar se não havia nenhuma recomendação para ser introduzida ou modificada considerando os recursos locais.

3.3.6 Validação interna

Os protocolos foram apresentados em reuniões com os editores e revisores, nas quais foram expostas as novas recomendações. Cada revisor foi questionado em relação a concordância com todos os protocolos e a sugestões de possíveis mudanças. Tópicos com divergências de opiniões foram discutidos e um consenso de 100% de concordância obtido, sempre levando em consideração a evidência de melhor qualidade e a disponibilidade de recursos locais.

O protocolo foi considerado validado quando todos os revisores concordaram com os seguintes critérios:

- Os títulos são claros e coerentes com o conteúdo apresentado.
- Está atualizado e contém informações corretas de acordo com a melhor evidência científica disponível (fontes e referências).
- Atende aos objetivos da instituição.
- Os textos são de fácil leitura e o estilo da redação está compatível com o nível do público-alvo proposto.
- As informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia.
- Está adequado para ser utilizado por todos os profissionais envolvidos na assistência obstétrica na instituição.

- Pode circular no meio científico na área de obstetrícia.

3.3.7 Aprovação da gestão

Após revisão/elaboração das recomendações e validação com os profissionais da Clínica Obstétrica, os protocolos foram aprovados pela Gerência de Atenção à Saúde e Divisão de Gestão do Cuidado para implementação na instituição.

3.3.8 Formatação do texto e publicação

O texto foi formatado pelos editores visando tornar a compreensão mais prática por meio de tabelas e fluxogramas. Após elaboração e formatação, todos os protocolos foram encaminhados para editora universitária para diagramação e revisão da normatização. Foi previsto o lançamento de um *e-book* e 200 cópias impressas em até três meses da entrega do material (fevereiro/2020).

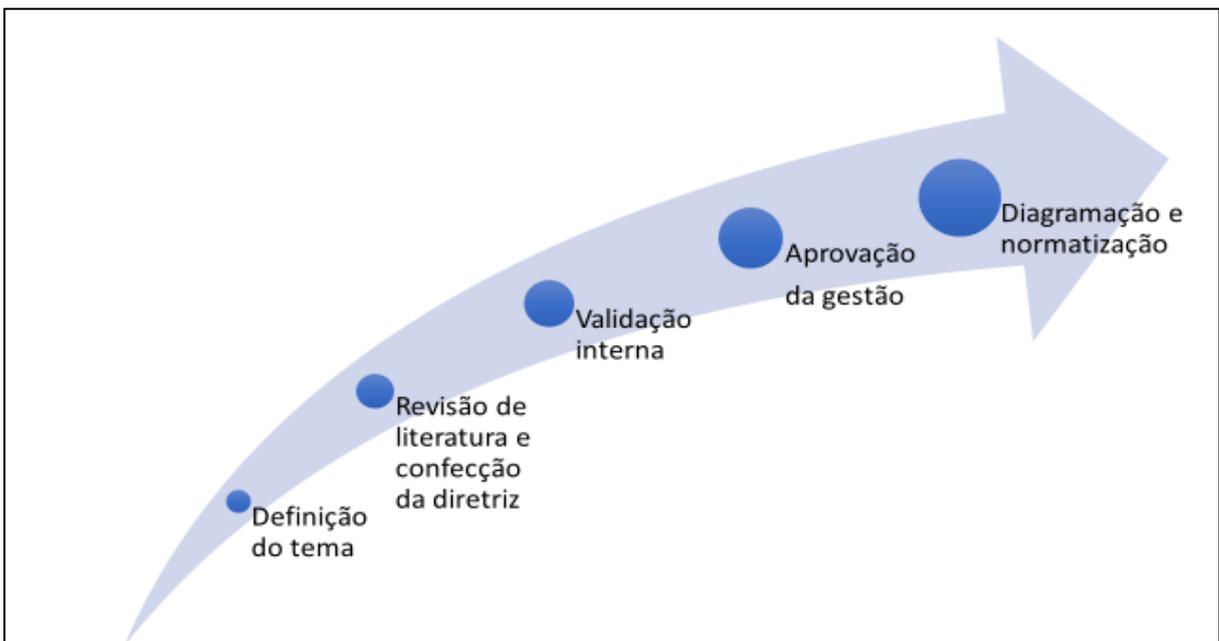


Figura 2- Etapas da elaboração dos protocolos assistenciais.

4. RESULTADOS

Conforme especificado nos objetivos, foram revisados 34 protocolos e elaborados três novos, totalizando 236 páginas de recomendações. Contribuíram com a redação: 41 autores, cinco revisores e três editores, a maioria da própria instituição. O livro proposto: **Protocolos Assistenciais em Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand** foi aprovado no edital da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação para auxílio à publicação de livros (Nº 13/2019- ANEXO A).

5. DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde têm cada vez mais dificuldade em manter sua prática clínica atualizada devido à rápida expansão do conhecimento na área da saúde. O número de ensaios clínicos randomizados publicados no *MEDLINE* aumentou de 5.000 por ano, em 1978–1985, para 25.000 por ano, em 1994-2001. Além da quantidade dos trabalhos, muitos são realizados sem rigor técnico e têm sua qualidade de evidência questionável e valor para prática clínica incerto. Assim, a análise crítica e a síntese das evidências científicas são fundamentais para guiar o manejo clínico (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; QASEEM *et al*, 2012).

A elaboração das diretrizes deve ser capaz de traduzir a complexidade do conhecimento científico para aqueles que estão na ponta do atendimento e nem sempre têm o treinamento adequado para interpretar a qualidade das evidências a serem incorporadas na assistência. Os resultados das pesquisas clínicas devem ser utilizados como aliados na busca do melhor atendimento para o paciente, todavia, quando julgados de forma equivocada, podem desencadear ações inapropriadas e utilização indevida de recursos que, em muitos casos, já são limitados (BRASIL, 2016).

Em serviços de emergência, como na MEAC, a importância da presença de protocolos previamente delineados se torna ainda mais relevante, pois permite minimizar o tempo para as intervenções e o rápido raciocínio em relação aos benefícios e malefícios por trás daquela conduta. Além disso, permite a organização do atendimento multidisciplinar para que, no momento necessário, cada profissional saiba exercer seu papel da forma correta e em tempo hábil.

Apesar das diretrizes serem baseadas na melhor evidência disponível, diante de incertezas quanto à melhor decisão, a experiência do clínico e as preferências da paciente são aliados para permitir uma prática de saúde de qualidade e individualizada. A utilização desses manuais deve guiar a escolha da conduta a ser tomada em cada situação, em vez de ditar uma abordagem única para todos os casos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; BRIETZKE, 2014).

As principais limitações no desenvolvimento das diretrizes foram inerentes à própria qualidade das evidências científicas. Muitos temas têm inúmeras recomendações disponíveis e, para outros, faltam dados confiáveis. Desta forma, houve dificuldade na criação de um consolidado e, em alguns assuntos, foi necessário incorporar a experiência do serviço para decidir qual a conduta a ser padronizada.

Alguns assuntos relevantes carecem de estudos com desenho adequado para avaliar a eficácia e segurança das condutas médicas. Essa problemática se torna ainda mais relevante

em Ginecologia e Obstetrícia, uma especialidade que demorou um pouco mais para inserir a Medicina Baseada em Evidência em suas práticas. Por exemplo, em um estudo do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras de 2006 apenas 29% das recomendações foram apoiadas por evidências científicas consistentes (RICHTER SUNDBERG; GARVARE; NYSTRÖM, 2017; CHAUHAN *et al*, 2006).

As pesquisas clínicas são desenvolvidas para uma população-alvo específica e realizadas considerando recursos disponíveis que nem sempre são universais. O ideal seria que houvesse estudos de boa qualidade para todas as patologias com as características de cada população, entretanto, esse tipo de evidência é restrito. Acaba sendo necessário adaptar e extrapolar o conhecimento de outros locais para nossa realidade, o que é outra limitação a ser considerada (MELO, 2015).

A validação de conteúdo constitui importante etapa na elaboração e adaptação de diretrizes, pois melhora a confiabilidade no material em questão. Consiste em julgar em que proporção os itens avaliados realmente traduzem a veracidade dos fatos. No entanto, apresenta limitações por ser um processo subjetivo. A avaliação por revisores (juízes) pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos (HYRKÄS; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER; OKSA, 2003).

Em relação ao número ideal de revisores, recomenda-se um mínimo de três e um máximo de 10 pessoas participando dessa etapa, sendo cinco considerados adequados para avaliação de concordância (POLIT; BECK; OWEN, 2007). A seleção deve ser feita considerando a experiência clínica, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

Recomenda-se que a revisão do protocolo deva ser realizada inicialmente de forma individual e independente, seguida por uma reunião com todos os juízes. A interação entre os revisores possibilita as discussões de pontos controversos para clarificar as dúvidas, o que corresponde ao processo qualitativo (LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017).

Além do método qualitativo, sugere-se que sejam aplicados métodos para quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de conteúdo. Essa abordagem de se usar pelo menos dois métodos, geralmente quantitativo e qualitativo, é denominada triangulação metodológica (MORSE, 1991).

Diversos métodos quantitativos foram descritos para avaliar o grau de concordância dos juízes. Dentre os principais utilizados estão a Porcentagem de Concordância; o Índice de Validade do Conteúdo e o Coeficiente *Kappa*. A Porcentagem de Concordância é a medida mais simples utilizada e corresponde à razão entre os que concordam e o número total de

avaliadores. O Índice de Validade do Conteúdo mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos empregando uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro. O Coeficiente de *Kappa* de concordância é a razão da proporção de vezes que os juízes concordam com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar (corrigida por concordância devido ao acaso) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para este trabalho, foram selecionados cinco especialistas como revisores, tendo como critérios de seleção a experiência clínica, a titulação e o envolvimento com a gestão da Clínica Obstétrica da instituição. Ainda em relação à etapa de validação, cabe-se ressaltar como limitação do trabalho a utilização apenas de método qualitativo para validação. Devido ao número de protocolos, a utilização de questionários específicos para cada tema se tornou inviável, tendo em vista a disponibilidade dos profissionais. Problema que pode ser solucionado nas próximas atualizações, por meio da divisão dos protocolos para grupos de juízes em áreas correlatas.

Apesar das limitações, um ponto positivo na elaboração do material que mereceu destaque foi o envolvimento multidisciplinar na elaboração dos protocolos. O que foi facilitado pela política de gestão da instituição baseada na tomada de decisão compartilhada. Outras especialidades, além da Ginecologia e Obstetrícia, e a equipe de enfermagem foram incluídas no processo. Entretanto, nenhum paciente foi envolvido na elaboração dos protocolos e não foi realizada uma consulta pública, práticas recomendadas pelas diretrizes técnicas de elaboração. Dificuldades essas que poderão ser minimizadas em edições futuras.

Após essa atualização e edição, é necessária a criação de uma comissão de revisão periódica, para que cada nova mudança significativa possa ser incorporada rapidamente nas recomendações e que a cada dois anos haja uma revisão e reafirmação de cada diretriz. Outro importante esforço a ser realizado para tornar úteis os protocolos e, assim, garantir a segurança do paciente na instituição é o estímulo, pelo Núcleo de Educação Continuada Permanente, de estratégias para disseminação do conhecimento incorporado e implementação das recomendações na prática clínica. Associada a isso, a gestão deve auditar a qualidade da assistência prestada fundamentando-se nas diretrizes elaboradas.

6. CONCLUSÃO

Foram revisados 34 protocolos e redigidos três novos, totalizando 236 páginas de recomendações. Contribuíram com a redação: 41 autores, cinco revisores e três editores.

Esses protocolos serão publicados no formato de livro digital e impresso pela editora da Universidade Federal do Ceará. Serão uma ferramenta para tornar prático e fácil o acesso às melhores evidências científicas adaptadas para população local e a realidade de recursos disponíveis. Permitirão o aprimoramento do cuidado e servirão de guia para o ensino da Obstetrícia na instituição e em outros serviços que têm a Maternidade Escola como modelo.

O desenvolvimento de um livro com essa quantidade de protocolos e envolvendo tantos profissionais constituiu um grande desafio. Dentre outros fatores, principalmente, devido à dificuldade de apresentar as melhores evidências científicas de forma sumarizada e a responsabilidade diante do impacto na assistência que este tipo de material traz.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, C. A (Org.). **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2018**. Fortaleza: Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Hospitais Universitários/UFC/EBSERH, 2019. 196 p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+06.05.19.pdf/889d7af0-4346-46dc-a4ba-476b92b25680>. Acesso em: 27 jul. 2019.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3061-3068, 2011.

BRASIL. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**, 2017a.
Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 21/09/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede cegonha 2012**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em: 24/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, 2016.

BRIETZKE, S. E. **Individualized clinical practice guidelines: the next step in the evidence-based health care evolution?** *Otolaryngology–head And Neck Surgery*, [s.l.], v. 150, n. 3, p.342-345, 10 jan. 2014.

CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE (SESA). Coordenadoria de promoção e proteção à saúde e núcleo de vigilância epidemiológica. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna 2015**. Disponível em:

<<https://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?...1355%3Ainforme-mortalidade-materna>>, Acesso em: 25/09/2017.

CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE (SESA). Coordenadoria de promoção e proteção à saúde e núcleo de vigilância epidemiológica. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna 2017**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_mortalidade_06_04_2017.pdf>, Acesso em: 25/09/2017.

CHAUHAN, S. P. *et al.* **American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletins: An overview**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, [s.l.], v. 194, n. 6, p.1564-1572, jun. 2006.

DINIZ, S.G. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 2, n. 19, p.313-326, 2009. Disponível em:

http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf. Acesso em: 28/10/2019

FERVERS, B. *et al.* **Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation**. BMJ Quality & Safety, [s.l.], v. 20, n. 3, p.228-236, 5 jan. 2011.

GROL, R. **Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice**. Medical Care, [s.l.], v. 39, p.2-46, ago. 2001.

HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. **Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods**. *Psychol Assess.* 7(3):238-247, 1995.

HOGAN, M. C. et al. **Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5.** The Lancet, [s.l.], v. 375, n. 9726, p.1609-1623, maio 2010.

HYRKÄS, K; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K; OKSA, L. **Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel.** International Journal Of Nursing Studies, [s.l.], v. 40, n. 6, p.619-625, ago. 2003

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical Practice Guidelines We Can Trust.** Washington (DC): National Academies Press (US), 2011. 300 p.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* **Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.** The Lancet, [s.l.], v. 388, n. 10053, p.1775-1812, out. 2016.

KHODAMBASHI, S.; NYTRØ, Ø. **Reviewing clinical guideline development tools: features and characteristics.** BMC Medical Informatics and Decision Making, [s.l.], v. 17, n. 1, p.17-132, 4 set. 2017.

LEMOS, C.S.; POVEDA, V.B.; PENICHE, A.C.G. **Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 25, p.2952-2957, 11 dez. 2017.

MAINE, D.; ROSENFELD, A. **The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled?** American Journal of Public Health, [s.l.], v. 89, n. 4, p.480-482, abr. 1999.

MELO, S. M *et al.* **ADAPTE: uma ferramenta para adaptação de diretrizes na área da saúde.** Revisão e avaliação crítica da literatura. Diagn Tratamento, dez. 2015.

MORSE, J.M. **Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation.** Nurs Res; 40(1): 120-123, 1991.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno.** Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 7, p.1333-1345, jul. 2013.

OXMAN, A. D; GLASZIOU, P.; WILLIAMS, J. W. **What should clinicians do when faced with conflicting recommendations?** BMJ, [s.l.], v. 337, n. 282, p.337-2530, 28 nov. 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; OWEN, S.V. **Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations.** Research In Nursing & Health, [s.l.], v. 30, n. 4, p.459-467, 2007.

QASEEM, A. *et al.* **Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines.** Annals of Internal Medicine, American College of Physicians [s.l.], v. 156, n. 7, p.156-525, 3 abr. 2012.

REASON, J. **Human error: models and management.** BMJ, [s.l.], v. 320, n. 7237, p.768-770, 18 mar. 2000.

RICHTER SUNDBERG, L., GARVARE, R. & NYSTRÖM, M.E. **Reaching beyond the review of research evidence: a qualitative study of decision making during the development of clinical practice guidelines for disease prevention in healthcare.** BMC Health Serv Res 17, 344, 2017.

ROSENFELD, A.; MAINE, D. **Maternal mortality-a neglected tragedy.** The Lancet, [s.l.], v. 326, n. 8446, p.83-85, jul. 1985.

SAUCEDO, M.; DENEUX-THARAUX, C.; BOUVIER-COLLE, M-h. **Understanding regional differences in maternal mortality: a national case-control study in France.**

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, [s.l.], v. 119, n. 5, p.573-581, 13 dez. 2011

TETREAULT, L. *et al.* **Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines: An Update and Synthesis of the Literature with a Focus in Application to Spinal Conditions.** Global Spine Journal, [s.l.], v. 9, n. 1, p.53-64, maio 2019.

THE ADAPTE COLLABORATION. **The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation.** Version 2.0, 2009. Disponível em: <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.

WONG, J; BEGLARYAN, H. **Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research**, 2004. Disponível em: https://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_331_0.pdf. Acesso em: 28/10/2019

World Health Organization. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva, Organization for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>. Acesso em: 13 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications.** The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO Press, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>> Acesso em: 25 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promoting hospital working for health: The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals.**1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM), 2015.** Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/>, Acesso em: 03 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division, 2014.** Disponível em:

<<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>>, Acesso em: 15 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.** Geneva: WHO; 2012. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Clean care is safer care – global patient safety challenge.** 2006. Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf. Acesso em: 28/10/2019

ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO PARA AUXÍLIO À PUBLICAÇÃO DE LIVROS

16/10/2019

SEI/UFC - 1050095 - PRPPG: Despacho



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

DESPACHO Nº 81/2019/PRPPG/REITORIA-UFC

EDITAL Nº 13/2019
PROGRAMA DE AUXÍLIO À PUBLICAÇÃO DE LIVROS

RESULTADO FINAL

Informamos, abaixo, o resultado final do Edital nº 13/2019 do Programa de Auxílio à Publicação de Livros, findo o prazo recursal. As obras enumeradas abaixo foram contempladas com recursos gerenciados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Esses recursos serão devidamente alocados para viabilizar a publicação das obras pela Imprensa Universitária. Para tanto, a Imprensa Universitária entrará oportunamente em contato com os autores para definir questões técnicas e de diagramação/editoração das obras, bem como o planejamento e cronograma para a publicação.

I - PROPOSTAS CONTEMPLADAS - VERSÕES IMPRESSAS E ELETRÔNICAS (E-BOOK)

PPG	Proponente	Título da obra	Tipo de Obra	Área
Antropologia	Antonio George Lopes Paulino	Religiões, espaço público, tensões e conflitos em um cenário plural	Coletânea (livro organizado)	Ciências Humanas
Ciência da Informação	Virgínia Bentes Pinto	Ciência da informação em contextos	Coletânea (livro organizado)	Ciências Sociais Aplicadas
Ciências Farmacêuticas	Mary Anne Medeiros Bandeira	Plantas medicinais da caatinga do Nordeste brasileiro: etnofarmacopeia do Prof. Francisco José de Abreu Matos	Inédito	Ciências da Saúde
			Coletânea	Ciências

16/10/2019

SEI/UFC - 1050095 - PRPPG: Despacho

Ciências Marinhas Tropicais	Danielle Sequeira Garcez	Conhecimento local e o manejo de recursos pesqueiros de uso comum: experiências nos litorais do Maranhão, Ceará e Pernambuco	(livro organizado)	Biológicas
Ciências Marinhas Tropicais	Helena Matthews Cascon	Debaixo dos nossos pés: uma estória de molusco	Inédito	Ciências Exatas e da Terra
Ciências Marinhas Tropicais	Marcelo de Oliveira Soares	Turma da risca	Inédito	Ciências Exatas e da Terra
Ciências Marinhas Tropicais	Rivelino Martins Cavalcante	Contaminantes orgânicos em ambientes aquáticos	Coletânea (livro organizado)	Ciências Exatas e da Terra
Ciências Médicas	Francisco Edson de Lucena Feitosa	Protocolos assistenciais em obstetrícia - MEAC/UFC	Coletânea (livro organizado)	Ciências da Saúde
Ciências Morfofuncionais	Gilberto Santos Cerqueira	Práticas laboratoriais em Ciências Morfofuncionais	Inédito	Ciências da Saúde
Comunicação	Sívia Helena Belmino Freitas	Intercidades: consumo e imaginários urbanos	Coletânea (livro organizado)	Ciências Sociais Aplicadas
Comunicação	Sylvia Beatriz Bezerra Furtado	Imagem e exercício da liberdade - cinema, fotografia e artes	Coletânea (livro organizado)	Ciências Sociais Aplicadas
Economia	José de Jesus Sousa Lemos	Pobreza e vulnerabilidades induzidas no Nordeste e no semiárido brasileiro	Inédito	Ciências Sociais Aplicadas
Educação	Francisca Geny Lustosa	Inclusão, olhar que ensina! A construção de práticas pedagógicas de atenção à diversidade	Inédito	Ciências Humanas
Educação	Francisco Ari de Andrade	Sentido e sentimento da docência da experiência escolar ao gosto de ensinar	Inédito	Ciências Humanas
Educação	Maria José Costa dos Santos	Olhares sobre ensino e aprendizagem: propostas metodológicas	Coletânea (livro organizado)	Ciências Humanas
			Coletânea	Ciências

https://sei.ufc.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=119390... 2/6

