QUALIDADE E SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL: AVALIAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

QUALITY AND SAFETY IN MATERNAL AND CHILD HEALTH: EVALUATION OF ADVERSE EVENTS

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL ÁREA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Adriani Izabel de Souza Moraes*, Victória Larissa dos Santos*, Luciana Braz de Oliveira Paes**, Maria Claudia Parro***

Resumo

Introdução: Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou o manual "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade" buscando qualificar a atenção obstétrica e neonatal. Assim, os eventos-sentinela deverão ser notificados, investigados e analisados, pois demandam também a busca de suas causas. Objetivo: Descrever os eventos adversos ocorridos na maternidade de um hospital-escola. Material e Método: Estudo transversal, descritivo e quantitativo, obtido por coleta de dados dos eventos adversos notificados. O levantamento de notificações do setor maternidade no Núcleo de Segurança do Paciente ocorreu no período de maio de 2017 a maio de 2018. Resultados: Foram avaliados sete incidentes: trauma mamilar, falha na comunicação, falha na medicação, falha na identificação, queda, hemorragia e flebite. Ocorreram 89 notificações de eventos adversos, sendo o evento de trauma mamilar evidenciado em 30,3% das notificações, seguido de falha na comunicação; administração de medicamentos e identificação, com 25,8%; 20,2% e 14,6%, respectivamente. Os eventos adversos queda e hemorragia surgiram com o mesmo percentual de 3,3%, e a flebite em 2,2%. Conclusão: Embora haja notificações de eventos adversos, evidenciou-se a falta dos indicadores recomendados pelo manual de Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Qualidade. Notificação. Obstetrícia. Materno-infantil.

Abstract

Introduction: In 2014, the National Sanitary Surveillance Agency published the manual "Maternal and Neonatal Care Services: Safety and Quality" aiming to qualify obstetric and neonatal care. Thus, sentinel events should be notified, investigated and analyzed, as they also demand the search for their causes. Objective: To describe the adverse events occurred in the maternity hospital of a school. Material and Method: A cross-sectional, descriptive and quantitative study, obtained by collecting the adverse events data. The survey of notifications of the maternity sector in the Patient Safety Center occurred from May 2017 to May 2018. Results: Seven incidents were assessed: nipple trauma, communication failure, medication failure, failure to identify, fall, hemorrhage and phlebitis. There were 89 reports of adverse events, with nipple trauma evident in 30.3% of the notifications, followed by communication failure; administration of medications and identification, with 25.8%; 20.2% and 14.6%, respectively. The adverse events and hemorrhage appeared with the same percentage of 3.3%, and phlebitis in 2.2%. Conclusion: Although there have been reports of adverse events, there was a lack of indicators recommended by the Manual of Maternal and Neonatal Care Services: Safety and Quality

Keywords: Patient safety. Quality. Notification. Obstetrics. Maternal child.

Resumen

Introducción: En 2014, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria publicó el manual "Servicios de Atención Materna y Neonatal: Seguridad y Calidad" buscando calificar la atención obstétrica y neonatal. Así, los eventos-centinela deberán ser notificados, investigados y analizados, pues demandan también la búsqueda de sus causas. Objetivo: Describir los eventos adversos ocurridos en la maternidad de un hospital escolar. Material y Método: Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, obtenido por la recolección de datos de los eventos adversos notificados. El análisis de las notificaciones del sector maternidad en el Núcleo de Seguridad del Paciente ocurrió en el período de mayo de 2017 a mayo de 2018. Resultados: Se evaluaron siete incidentes: trauma mamilar, falla en la comunicación, falla en la medicación, falla en la identificación, caída, hemorragia y flebitis. Se obtuvieron 89 notificaciones de los eventos adversos, siendo el evento de trauma mamilar evidenciado en el 30,3% de las notificaciones, seguido de falla en la comunicación; administración de medicamentos e identificación, con un 25,8%; el 20,2% y el 14,6%, respectivamente. Los eventos adversos caída y hemorragia surgieron con el mismo porcentaje del 3,3%, y la flebitis en el 2,2%. Conclusión: Aunque hay notificaciones de los eventos adversos, se evidenció la falta de los indicadores recomendados por el manual de Servicios de Atención Materna y Neonatal: Seguridad y Calidad.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Calidad. Notificación. Obstetricia. Materno infantil.

*Acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).
**Enfermeira obstetra. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: luciana_brazsp@hotmail.com
***Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: maria.parro@unifipa.com.br

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a questão da segurança do paciente é tida como fundamental para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Desde 2004, o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a qualidade desses serviços e, por conseguinte, a segurança do paciente[1]. Considera-se que a preocupação com a qualidade na assistência à saúde pode ser tão antiga quanto a medicina, pois, desde a célebre frase de Hipócrates *Primun no nocere* ou primeiro não causar danos, a temática compõe o rol de preocupações da maioria dos envolvidos na prestação de serviços de saúde[2].

O conceito mais abrangente de qualidade assistencial em saúde foi introduzido por Avedis Donabedian, na década de 1960, para o qual os sistemas devem ser analisados em três áreas: estrutura, processo e resultado[3]. Essa análise oferece subsídios para que as autoridades em saúde possam avaliar o desempenho de sistemas e instituições, a fim de estabelecer um planejamento estratégico que resulte em melhoria na qualidade assistencial[4].

Dessa forma, a segurança na assistência obstétrica é importante por conta do elevado número de pacientes envolvidos, pois são aproximadamente três milhões de nascimentos a cada ano no Brasil, resultando em mais de seis milhões de pacientes, entre parturientes e recém-nascidos[3].

Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou o manual "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade" com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, com menos agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e/ou relacionados ao processo assistencial, incrementando segurança e humanização[2].

Assim, segurança é um importante componente da qualidade e pode ser definida como a prevenção, a melhoria e a correção dos resultados adversos ou das lesões provenientes do processo assistencial, apoiando-se não apenas os pacientes, mas também os profissionais envolvidos. Portanto, para que haja melhora na qualidade dos serviços de atenção materna e neonatal em nosso país, é de extrema importância que se proponha um redesenho do modelo de assistência ao parto[5].

Na busca pela melhora da qualidade de um serviço, mudanças não devem ser executadas antes que se definam os objetivos a serem alcançados. Prioridades devem ser identificadas, iniciando-se pela avaliação dos procedimentos mais frequentes e de maior volume, como cesarianas e episiotomias; de situações que apresentam maior risco de complicações, como síndromes hipertensivas gestacionais, hemorragias e prematuridade (espontânea ou eletiva); de eventos-sentinela ou incidentes e de situações relacionadas à organização[6,7]. Cabe ressaltar que os eventos-sentinela demandam ações de notificação, investigação e análise em busca de suas causas, tais como mortes maternas, fetais e neonatais, parto eletivo programado, histerectomia, trauma perineal grave, rotura uterina, transfusão sanguínea, eclâmpsia, abordagem materna ou readmissão hospitalar no puerpério, infecção puerperal, distócia de ombro, complicações anestésicas, admissão materna na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e parada cardiorrespiratória[5].

Programas para obtenção de melhoria da qualidade dos cuidados maternos e neonatais devem apresentar indicadores ou resultados da eficiência da assistência oferecida. Bem como, indicadores de estrutura, processo e resultado devem se relacionar entre si para que a análise da qualidade seja coerente. Como indicador de estrutura pode-se avaliar se a maternidade possui quartos pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP), e como indicador de processo, quantas mulheres estão tendo suas gestações resolvidas nesses locais. Quanto ao indicador de resultado, pode-se medir o impacto da conduta na redução da taxa de cesariana[2]. Após a obtenção dos índices de qualidade e a definição das oportunidades de melhorias em um serviço, uma ampla investigação deve ser realizada para se identificar falhas no padrão de cuidados dentro da instituição, com foco no sistema e não nos indivíduos[5].

Por sua vez, os eventos-sentinela ou incidentes deverão ser notificados, investigados e analisados profundamente em busca das suas causas e determinantes, ou análise de causa-raiz. Dentre estes, são absolutamente prioritárias as mortes maternas, fetais e neonatais, assim como os casos graves de asfixia neonatal que produzem sequelas permanentes. Outros eventos também podem fazer parte do processo de notificação e análise, de acordo com o perfil assistencial e capacidade operacional do serviço[8].

Devido a essas peculiaridades, a assistência à saúde com enfoque na assistência materna e neonatal deve ser uma área prioritária para as ações relacionadas à promoção da qualidade na assistência e, consequentemente, da segurança. Assim, este estudo tem como objetivo descrever os eventos adversos ocorridos na maternidade de um hospital-escola.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizada através da coleta de dados dos Eventos Adversos (EA) notificados na saúde materno-infantil de um hospital-escola do interior do estado de São Paulo. A maternidade é referência na assistência a gestantes de alto risco na região na qual está inserida. Para coleta de dados foi realizado um levantamento de notificações do setor maternidade no Núcleo de Segurança do Paciente hospitalar no período de maio de 2017 a maio de 2018.

Foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob parecer nº 2.333.721.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento resultou em 89 notificações de EA ocorridos durante o período analisado, relacionados a sete incidentes, sendo eles: trauma mamilar, falha na comunicação, falha na medicação, falha na identificação, queda, hemorragia e flebite.

Estes eventos são restritos quando comparados aos incidentes notificáveis recomendados pelo manual da ANVISA "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade", que incluem: morte materna, parto eletivo, apresentação pélvica não diagnosticada, distócia de ombro, readmissão materna não planejada dentro de 14 dias, parada cardiorrespiratória materna ressuscitada, início intra-hospitalar de antibióticos 24 horas ou mais após um parto vaginal, remoção, lesão ou reparo não planejado de órgão (inclui histerectomia), hemorragia necessitando transfusão, eclâmpsia, retorno não planejado à sala de parto ou de cirurgia para alguma intervenção, lacerações perineais de 3º e 4º grau, tromboembolismo venoso, ruptura uterina, complicações anestésicas, admissão em UTI. Outros indicadores também utilizados na assistência obstétrica incluem: profilaxia de tromboembolismo venoso, uso apropriado de profilaxia antibiótica dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica em cesariana, uso intraparto de antibiótico para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B, incidência de episiotomia e incidência de cesariana[2].

Adicionalmente, há os eventos fetais/neonatais, que incluem mortes fetais e neonatais com peso ≥ 500 g, nascimento de uma criança com < 32 semanas em uma instituição sem UTI neonatal, transferência de um recém-nascido para uma UTI neonatal em outra instituição, escore de Apgar< 7 no 5º minuto, toco traumatismo, lesão fetal em cesariana, convulsões neonatais, recém-nascido com mais de 2.500 g admitido em UTI neonatal, anomalia fetal não diagnosticada, e também os eventos organizacionais, como prontuário não disponível, demora para responder uma chamada para assistência, falha de equipamento, conflito em relação ao manejo de um caso, reclamação de usuário, erro de medicação, retenção de compressa/instrumento, infecção relacionada à assistência à saúde, violação de protocolo local, permanência materna um dia a mais do que o padrão local após parto vaginal e cesariana e parto não assistido por pessoa qualificada[2].

Cabe ressaltar que além da ficha de notificação para EA, na instituição onde se realizou o estudo utiliza-se uma planilha diária com alguns incidentes para preenchimento caso haja ocorrência, intitulada como Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH).

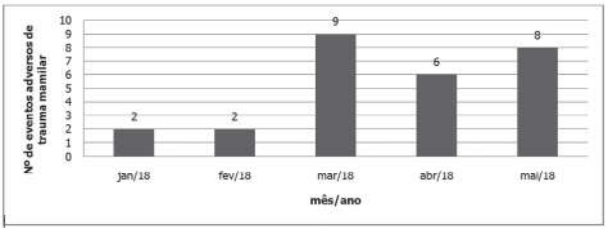
Dessa forma, foi possível avaliar o número de notificações de acordo com o tipo de incidente relatado no período em que ocorreu a coleta de dados do estudo, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 - EA notificados em uma maternidade sentinela do interior paulista

Variáveis	Total n (%)
Trauma mamilar	27 (30,3)
Comunicação	23 (25,8)
Medicação	18 (20,2)
Identificação	13 (14,6)
Queda	3 (3,3)
Hemorragia	3 (3,3)
Flebite	2 (2,2)
Total	89 (100)

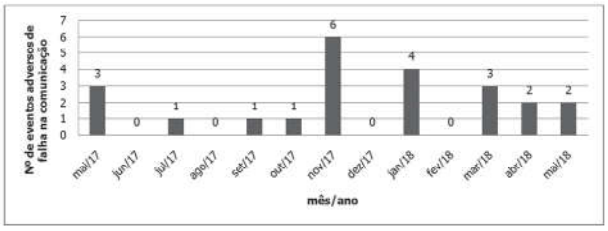
Dentre as variáveis levantadas, os indicadores trauma mamilar e hemorragia foram implantados no mês de janeiro de 2018 na instituição. Foi possível verificar que mesmo tendo um tempo menor de implantação, o evento de trauma mamilar é o que mais aparece dentre as 89 notificações, correspondendo a 30,3% (27) dos eventos. Logo após, falha na comunicação aparece com 25,5% (23), seguido de falha na medicação com 20,2% (18) e falha na identificação apresentando 14,6% (13) do total de notificações. A seguir, os eventos adversos queda e hemorragia surgiram com o mesmo percentual de 3,3% (3) e, por último, aponta o EA flebite, correspondendo a 2,2% (2) dentre as 89 notificações.

Gráfico 1 - EA trauma mamilar notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista, entre os meses de janeiro de 2018 a maio de 2018



Dentre as 89 notificações, 30,3% (27) dos eventos correspondem ao trauma mamilar, em concordância no que refere-se alta incidência com outro estudo nacional com 55,5%[9] de ocorrência, e em outros países como na Austrália com 58%[10]. O trauma mamilar é considerado uma interrupção cutânea ocasionada na aréola ou região do mamilo, sendo responsável dentre outros fatores pelo desmame precoce. A mensuração do trauma mamilar é essencial para avaliar a assistência prestada e melhorar a qualidade da prática assistencial[9].

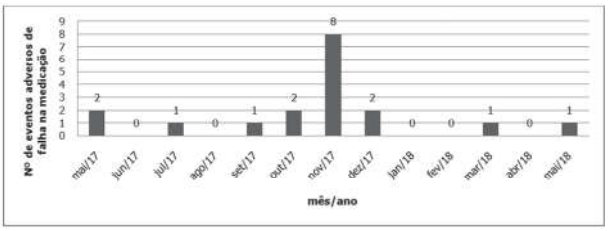
Gráfico 2 - EA falha na comunicação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018



O EA, falha na comunicação, representou 25,8% (23) das notificações, sendo este incidente encontrado em outro estudo como um dos fatores que mais contribuíram para ocorrência de incidentes, 53%[8]. O Gráfico 2 demonstra que em novembro de 2017 ocorreu um índice de falha na comunicação muito elevado, correspondendo a 6 notificações do percentual total. Logo após, destaca-se o mês de janeiro de 2018, responsável por 4 notificações. Já os meses maio de 2017 e março de 2018 demonstraram índices similares, referindo-se a 3 notificações do número total de notificações. Seguidamente, os meses de abril e maio de 2018 obtiveram os mesmos percentuais de notificações relacionados à falha na comunicação, e os meses de julho, setembro e outubro de 2017 tiveram uma notificação.

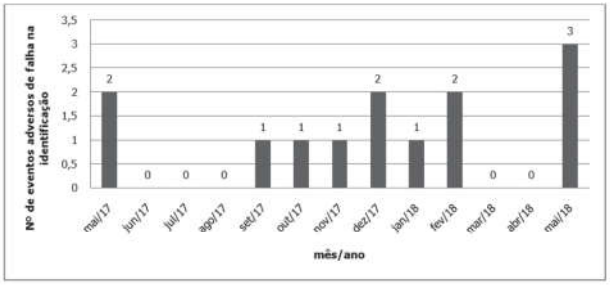
A falha na comunicação envolve desde falhas em prescrições com caligrafias ruins até documentações e transcrições incorretas[11], devendo a comunicação ser transmitida de forma clara, suficiente e precisa, para que haja compreensão do ouvinte e assim melhore a continuidade nos serviços, diminuindo os riscos de erros e melhorando a qualidade da assistência prestada[12].

Gráfico 3 - EA falha na medicação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018



Relacionado a falha na administração de medicamentos foram levantados 20,2% (18) das 89 notificações. A análise dos dados evidenciou que novembro de 2017 apresentou um percentual elevado envolvendo erro na medicação, correspondendo a 8 entre o total de 18 notificações. O mesmo acontece em outras instituições hospitalares, pois em uma revisão de literatura foi observado que de 1.537 leitos de um hospital-escola em Madrid, houve 2314 ocorrências de erros com medicação em uma semana[13]. É importante lembrar que o erro de medicação é considerado um erro evitável e como pode ocasionar danos ao paciente, é necessário a implementação de ações voltadas para a segurança[14]. Assim como os demais eventos, a notificação deve ocorrer para que, sejam implantadas ações para a melhoria do cuidado[15].

Gráfico 4 - EA falha na identificação notificado em uma maternidade sentinela do interior paulista entre os meses de maio de 2017 a maio de 2018



O incidente falha na identificação correspondeu a 14,6% (13) das notificações deste estudo. No Gráfico 4 observa-se que em maio houve maior incidência, correspondendo a três notificações. Já os meses de maio, dezembro de 2017 e fevereiro de 2018 obtiveram índices iguais, tratando-se de duas notificações em relação ao percentual total; setembro, outubro e novembro de 2017 junto a janeiro de 2018 corresponderam a uma notificação cada.

Uma análise realizada por Tase et al.[16] em uma Unidade Obstétrica de um hospital público, revelou que em 21% dos dias em um ano havia algum risco de erro de identificação de mulheres. Em outra clínica obstétrica, foi constatado 12,8% de inconformidades relacionadas à pulseira de identificação de puérperas e gestantes[17]. A falha na identificação do paciente pode ocasionar inúmeros danos ao paciente, prolongando sua estadia, aumentando custos hospitalares e gerando impactos negativos para a família. Diante desse contexto, nota-se a necessidade de iniciativas voltadas à segurança do paciente[18].

O evento de queda apresentou um percentual de ocorrência de 3,3% (3) de notificações nos meses de maio, outubro e novembro de 2017. Em estudos que descrevem a ocorrência deste evento em outras instituições foi possível analisar dados semelhantes, com percentuais de 5,7%[19] e 1,1%[20] de ocorrência. A prevenção do risco de queda é fundamental, por isso, é preciso a conscientização dos pacientes e profissionais sobre o tema. Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado desde a admissão até a alta, por meio de escalas e dispositivos de segurança. Esta incidência deve ser notificada, uma vez que, por meio dela, são traçadas ações para minimização de ocorrências e avaliação de percentual de qualidade do setor[21].

Dentre as notificações levantadas quanto à hemorragia, foi verificada a ocorrência de 3,3% (3), cabe ressaltar que o mesmo foi implantado em janeiro de 2018, apresentando nos meses de janeiro, março e maio de 2018 uma notificação/mês. É fundamental a valorização deste indicador por ser o período puerperal caracterizado como a fase de riscos devido à ocorrência das alterações fisiológicas voltadas ao parto[22], bem como a hemorragia, ser a maior causa de morte materna[23], podendo ocorrer em todo período gravídico-puerperal. Diante do exposto, cabe ao enfermeiro estar atento às necessidades de cada gestante ou puérpera, pois ele é o profissional mais próximo ao paciente[22]. Estudo de Lopes et al.[24], encontrou um percentual de 40% de hemorragias em cinco anos que resultaram em morte materna. Em outro estudo, dentre as complicações puerperais precoces, foi verificado que 1,7% era hemorragia[25].

Referente à ocorrência de flebite, das 89 notificações levantadas, foram observadas 2,2% (2). Os meses de outubro de 2017 e abril de 2018 corresponderam similarmente a uma notificação. Segundo outro estudo o índice de flebite no setor de Centro Cirúrgico foi de 1,1%, sendo mais próximo dos dados encontrados no presente estudo, uma vez que o acesso venoso periférico permanece por menos tempo tanto no centro cirúrgico quanto na maternidade[20]. Quando comparado a outro estudo realizado em um hospital geral, tendo como média de permanência com cateter de 53 horas, o índice de flebite chegou a 31,6% no período de janeiro a março de 2010, evidenciando que o tempo de permanência com a punção favorece o aparecimento de flebite. É de extrema importância o enfermeiro assumir a responsabilidade de manutenção e avaliação de pacientes submetidos a punções e terapias intravenosas[26].

CONCLUSÃO

Foi possível verificar a ocorrência de EA em uma maternidade do Noroeste Paulista, com prevalência de ocorrência de trauma mamilar, seguido de falha de comunicação e falha na administração de medicações. No entanto, é perceptível que mesmo com a notificação de EA, há falta dos indicadores recomendados pelo manual de "Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade", da ANVISA.

Também se percebeu ainda a necessidade de intensificar a cultura de notificação, embasada em evidência científica, uma vez que a equipe de enfermagem assume um papel fundamental na ação de prevenção e promoção da saúde dos pacientes e, por meio das notificações, é possível subsidiar ações para a promoção de mudanças e alcançar a segurança do paciente e a excelência na qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF ANVISA; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, (DF) ANVISA; 2014.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-8.
4. Martin LA, Nelson EC, Lloyd RC, Nolan TW. Whole system measures. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2007.
5. Marcolin AR. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(10):441-5.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Improving patient safety: risk management for maternity and gynaecology. London: RCOG; 2009.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Quality and safety in women's health care. 2nd ed. Washington (DC): ACOG; 2010.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Quality and safety in women's health care. 2nd ed. Washington: ACOG; 2010.
9. Cirico MOV, Shimoda GT, Oliveira RNG. Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado em 22 out. 2017]; 37(4);e60546.
10. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, CASTLE Study Team. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. Breastfeed Med. 2014; 9(2):56-62.
11. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. Medicina Ribeirão Preto. 2000; 33(3):322-30.
12. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública. 2010; 28(10):47-57.
13. Nascimento MA, Freitas K, Oliveira CG. Erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem: uma revisão sistemática. Cad Grad Ciênc Biol Saúde - UNIT. 2016; 3(3):241.
14. Vestena CFL, Girardon-Perlini NMO, Rosa BVC, Stamm B, Beuter M, Rosa N. Erros in the administration of medications: study with a nursing team. Rev Enferm UFPI. 2014; 3(4):42-9.
15. Borges MC, Faria JIL, Jabur MRL, Oliveira KA, Zborowski IP, Beccaria LM. Erros de medicação e grau de dano ao paciente em hospital escola. Cogitare enferm. 2016; 21(4):01-9.
16. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):120-5.
17. Tase TH, Tronchin DMR. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):374-80.
18. Hemesath MP, Santos HB, Torelly SEM, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(4):43-8.
19. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. Rev Bras Enferm. 2018; 71(1):111-9.
20. Silva FG, Oliveira Junior NJ, Oliveira de Oliveira D, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. Rev Sobecc. 2015; 20(4):202-9.
21. Ministério da Saúde (BR). Protocolo prevenção de quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Macedo PC, Lopes HH. Hemorragia pós-parto: um artigo de revisão. Rev Patol Tocantins. 2018; 5(3):59-64.
23. Silva GF. A influência do enfermeiro no puerpério [Monografia]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
24. Lopes FBT, Moraes MS, Bezerra APF, Santos NR, Oliveira JS, Rodrigues APRA. Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma maternidade-escola referência de Alagoas. Cad Grad Ciênc Biol Saúde - UNIT. 2018; 4(2):149-62.
25. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21:1-13.
26. Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Poveda VB, Oliveira AL. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do Vale do Paraíba. REME. 2014; 18(2):334-9.

Envio: 12/09/2018
Aceite: 24/11/2018