

Barreiras no preenchimento da lista de verificação para partos seguros: revisão integrativa

Barriers in completing the checklist for safe deliveries: integrative review

Barreras para completar la lista de verificación de la seguridad del parto: revisión integradora

Dayara Ainne de Sousa Araújo¹  <https://orcid.org/0000-0002-0593-2443>


Josanyelem Vidal Lopes¹  <https://orcid.org/0000-0002-4210-2991>

Ana Clara Dantas¹  <https://orcid.org/0000-0002-5634-7498>

Amanda Barbosa da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-5410-7060>

Allyne Fortes Vitor¹  <https://orcid.org/0000-0002-4672-2303>

Jéssica Naiara de Medeiros Araújo²  <https://orcid.org/0000-0002-9115-3285>

Quenia Camille Soares Martins¹  <https://orcid.org/0000-0002-4036-2423>

Como citar:

Araújo DA, Lopes JV, Dantas AC, Silva AB, Vitor AF, Araújo JN, et al. Barreiras no preenchimento da lista de verificação para partos seguros: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE01834.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR001834>



Descritores

Segurança do paciente; Serviços de saúde materno-infantil; Parto; Lista de checagem; Qualidade da assistência à saúde

Keywords

Patient safety; Maternal-child health services; Parturition; Checklist; Quality of healthy care

Descriptores

Seguridad del paciente; Servicios de salud materno-infantil; Parto; Lista de verificación; Calidad de la atención de salud

Submetido

6 de Setembro de 2022

Aceito

31 de Maio de 2023

Autor correspondente

Dayara Ainne de Sousa Araújo
E-mail: dayara-ainne@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Rosely Erlach Goldman
(<https://orcid.org/0000-0002-7091-9691>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura científica as barreiras que dificultam a aplicação da Lista de Verificação para Partos Seguros da Organização Mundial da Saúde.

Métodos: Revisão integrativa, realizada entre os meses de novembro de 2020 e maio de 2022, por meio das seguintes fontes de dados: Scopus, Medline®/PubMed®, *Web of Science* e Cinahl. O estudo foi realizado conforme as recomendações do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

Resultados: A amostra foi composta por 14 estudos, publicados principalmente no ano de 2021, predominando a América do Sul como continente de publicação. O idioma inglês foi o mais prevalente, assim como os estudos metodológicos e a abordagem quantitativa. O nível de evidência IV prevaleceu na amostra. Observa-se que os fatores culturais foram fortemente descritos nos estudos identificados, seguidos dos fatores estruturais e fatores relacionados ao processo de trabalho.

Conclusão: As principais barreiras que dificultam a aplicação da Lista de Verificação para Partos Seguros foram os fatores culturais (relações interpessoais, hierarquização das classes profissionais e má comunicação); estruturais (desenho e fonte utilizada no *checklist*) e relacionados ao processo de trabalho (como a lista de verificação foi implantada no serviço de saúde, postura do gerente quanto à apresentação dela e necessidade de intervenção educativa/formação para os profissionais de saúde).

Abstract

Objective: To identify, in the scientific literature, the barriers that make it difficult to apply the Safe Childbirth Checklist of the World Health Organization.

Methods: An integrative review was conducted from November 2020 to May 2022, using the following data sources: Scopus, MEDLINE®/PubMed®, Web of Science, and CINAHL. This study was conducted according to the recommendations of the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* protocol.

Results: The sample consisted of 14 studies published mainly in 2021, when South America predominated as a publishing continent. The English language, methodological studies, and quantitative approaches prevailed. Level IV evidence prevailed in the sample. In the identified studies, there was a strong description of cultural factors, followed by structural factors and factors related to the work process.

Conclusion: Cultural (interpersonal relationships, hierarchy of professional classes, and poor communication) and structural (design and fonts used in the checklist) factors, and those related to the work process (such as the checklist implemented in the health service, the manager's attitude regarding presenting it, and need for educational/training intervention for health professionals) are the main barriers that make it difficult to apply the Safe Childbirth Checklist.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

²Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó, RN, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Identificar en la literatura científica las barreras que dificultan la aplicación de la Lista de verificación de la seguridad del parto de la Organización Mundial de la Salud.

Métodos: Revisión integradora, realizada entre los meses de noviembre de 2020 y mayo de 2022, a través de las siguientes fuentes de datos: Scopus, Medline®/PubMed®, *Web of Science* y Cinahl. El estudio fue realizado según las recomendaciones del protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 14 estudios, publicados principalmente en el año 2021, en los que predominó América del Sur como continente de publicación. El inglés fue el idioma predominante, así como los estudios metodológicos y el enfoque cuantitativo. El nivel de evidencia IV fue predominante en la muestra. Se observa que los factores culturales se describen con frecuencia en los estudios identificados, seguidos de los factores estructurales y los factores relacionados con el proceso de trabajo.

Conclusión: Las principales barreras que dificultan la aplicación de la Lista de verificación de la seguridad del parto fueron los factores culturales (relaciones interpersonales, jerarquización de las clases profesionales y mala comunicación); los factores estructurales (diseño y tipografía utilizada en la lista) y los factores relacionados con el proceso de trabajo (cómo se implementó la lista de verificación en el servicio de salud, postura del gerente con relación a la presentación de la lista y necesidad de intervención educativa/formación para los profesionales de la salud).

Introdução

Os avanços na obstetrícia contribuíram para melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Ainda assim, as mulheres permanecem expostas à alta prevalência de intervenções que deveriam ser utilizadas de forma ponderada, nas situações de necessidade, como o uso da ocitocina, a episiotomia, a cesariana, entre outras.⁽¹⁾

A mortalidade materna apresenta altas taxas, cerca de 8.000 mulheres grávidas morrem anualmente durante a gravidez, parto e puerpério. A pandemia da Covid-19 gerou impactos diretos e indiretos na incidência das mortes maternas evitáveis, em 2021 foi registrado 113 mortes por 100.000 nascidos-vivos, evidenciando uma tendência alarmante em comparação com os anos pré-pandêmicos. No Brasil, no ano de 2022 foram registrados 1.252 óbitos maternos e 2.471.519 nascidos vivos, o que corresponde a uma razão de mortalidade de 50,5 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos.^(2,3)

Nas últimas décadas, houve avanços importantes na assistência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, mas persistem desafios relacionados à qualidade da atenção ao parto. Um dos desafios a serem enfrentados são as taxas de cirurgia cesariana, que aumentaram de 15%, em 1970, para 55,4% em 2015, e em 2022 houve um aumento para 58,1%. Assim, o Ministério da Saúde lançou em 2022 a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, assistência no pré-natal, parto, puerpério,

ao recém-nascido e a criança, uma vez que essa iniciativa amplia as ações da Rede Cegonha.^(4, 5)

Em virtude disso, a Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, reconfigurou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que concentraram metas na saúde materno-infantil, com o intuito de diminuir os eventos adversos da gestação e do nascimento, como óbito fetal, aborto, baixo peso ao nascer, parto prematuro e mortes neonatais. Entretanto, esses eventos permanecem persistentes e preocupantes.⁽⁶⁾

Os erros associados à assistência à saúde resultam entre 44 mil e 98 mil complicações a cada ano nos hospitais. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety*, que surgiu devido à frequência da gravidade de danos decorrentes de eventos nocivos ao paciente, visando melhorar a assistência nas áreas de maior risco. Assim, a segurança do paciente visa a redução a um mínimo aceitável dos danos desnecessários, associados ao cuidado em saúde.⁽⁷⁾

Em 2008, a OMS instituiu um programa que visa a segurança do parto por meio da Lista de Verificação para Partos Seguros (LVPS), com a finalidade de determinar se a ferramenta de baixo custo e de simples aplicação poderia ser utilizada nos serviços e se traria resultados positivos. Foi desenvolvido um *checklist* que aborda as principais causas de óbitos maternos, como hemorragias, infecções, parto obstruído e problemas de hipertensão.⁽⁸⁾

A LVPS é uma ferramenta que auxilia para que nenhuma etapa de um procedimento seja esquecida, além de proporcionar que as tarefas ocorram em

uma ordem estabelecida, controlar o cumprimento de requisitos do ambiente de trabalho ou coletar dados sistematicamente para análise, sendo considerado um método simples e eficaz para reduzir os possíveis eventos adversos. No entanto, não previne os erros decorrentes da falta de preparo ou conhecimentos específicos. Entende-se, assim, que vários fatores podem influenciar no sucesso ou no fracasso da implementação dos formulários.⁽⁹⁾

Neste contexto, o presente estudo objetivou identificar na literatura científica as barreiras que dificultam a aplicação da LVPS da OMS.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura, caracterizada por um método específico que avalia estudos e sintetiza resultados, para proporcionar a compreensão mais holística de um determinado fenômeno, bem como a necessidade de pesquisas futuras.^(10,11)

O estudo foi estruturado de acordo com as etapas formulação da questão de pesquisa; busca eletrônica na literatura, mediante um protocolo com critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados; análise crítica dos estudos; e apresentação dos resultados.⁽¹¹⁾

Para elaboração da questão norteadora deste estudo, utilizou-se a estratégia mnemônica PVO, que é uma adaptação da técnica PICO, utilizada pelas investigações na área da saúde, na qual P corresponde à população/ao problema da pesquisa; V, às variáveis do estudo; e O, aos resultados alcançados. Com isso, a população são os profissionais de saúde, a variável se constitui pelas barreiras que dificultam a aplicação da LVPS, e os resultados alcançados são a aplicação da LVPS.⁽¹²⁾ Assim, delimitou-se a ques-

tão: quais as barreiras encontradas por profissionais de saúde que dificultam a aplicação da LVPS?

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2020 e maio de 2022, mediante a busca nas fontes de dados: Scopus, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline®/PubMed®), *Web of Science* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl).

Para as bases de dados, foi realizada uma busca avançada mediante os descritores indexados (*Medical Subject Headings*; MeSH), sendo eles “*Patient Safety*”; “*Checklist*”; “*Maternal-Child Health Services*” e “*Parturition*”. Para direcionar a busca, foi utilizada ainda a palavra-chave “*Safe childbirth checklist*”. Foram utilizados os operadores booleanos “*AND*” e “*OR*” nos cruzamentos. Dessa forma, foram definidos dois cruzamentos para a buscas nas bases de dados, sendo eles: “*Safe childbirth checklist AND Patient Safety*” e “*Patient Safety AND Checklist AND Maternal-Child Health Services OR Parturition*”. As estratégias de busca nas bases de dados estão apresentadas no quadro 1.

Para a seleção dos estudos, foram utilizados os critérios de inclusão: artigos que abordassem as barreiras para a aplicação da LVPS por profissionais de saúde; completos e disponíveis na íntegra; e recorte temporal de 2008 a 2022, tendo em vista que a LVPS foi implementada em 2008. Editoriais, cartas ao editor, resumos, opinião de especialistas, correspondências, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações foram excluídos da pesquisa. Não foi realizada restrição em relação ao idioma de publicação. A triagem inicial se deu por meio da avaliação por pares, de forma independente, pela leitura dos títulos e dos resumos, seguida da leitura completa dos estudos selecionados. As divergências entre os

Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados

Bases de dados	Estratégia de busca
Scopus	Cruzamento 1: ALL("Safe childbirth checklist" AND "Patient Safety") Cruzamento 2: ALL("Patient Safety" AND "Checklist" AND "Maternal-Child Health Services" OR "Parturition")
Medline®/PubMed® (all fields)	Cruzamento 1: ("Safe childbirth checklist" AND "Patient Safety") Cruzamento 2: ("Patient Safety" AND "Checklist" AND "Maternal-Child Health Services" OR "Parturition")
Web of Science	Cruzamento 1: ALL=("Safe childbirth checklist" AND "Patient Safety") Cruzamento 2: ALL=("Patient Safety" AND "Checklist" AND "Maternal-Child Health Services" OR "Parturition")
Cinahl	Cruzamento 1: ("Safe childbirth checklist" AND "Patient Safety") Cruzamento 2: ("Patient Safety" AND "Checklist" AND "Maternal-Child Health Services" OR "Parturition")

Cinahl - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

revisores foram decididas por consenso. Os estudos repetidos foram contabilizados apenas uma vez, e os que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade foram excluídos.

Para a extração e a categorização dos dados, foi construído um instrumento com os seguintes itens: identificação da publicação (título do artigo, fonte de dados indexadas, país, autores, idioma e ano de publicação), aspectos metodológicos do estudo (tipo de abordagem, método empregado e nível de evidência) e barreiras quanto a aplicação da LVPS.

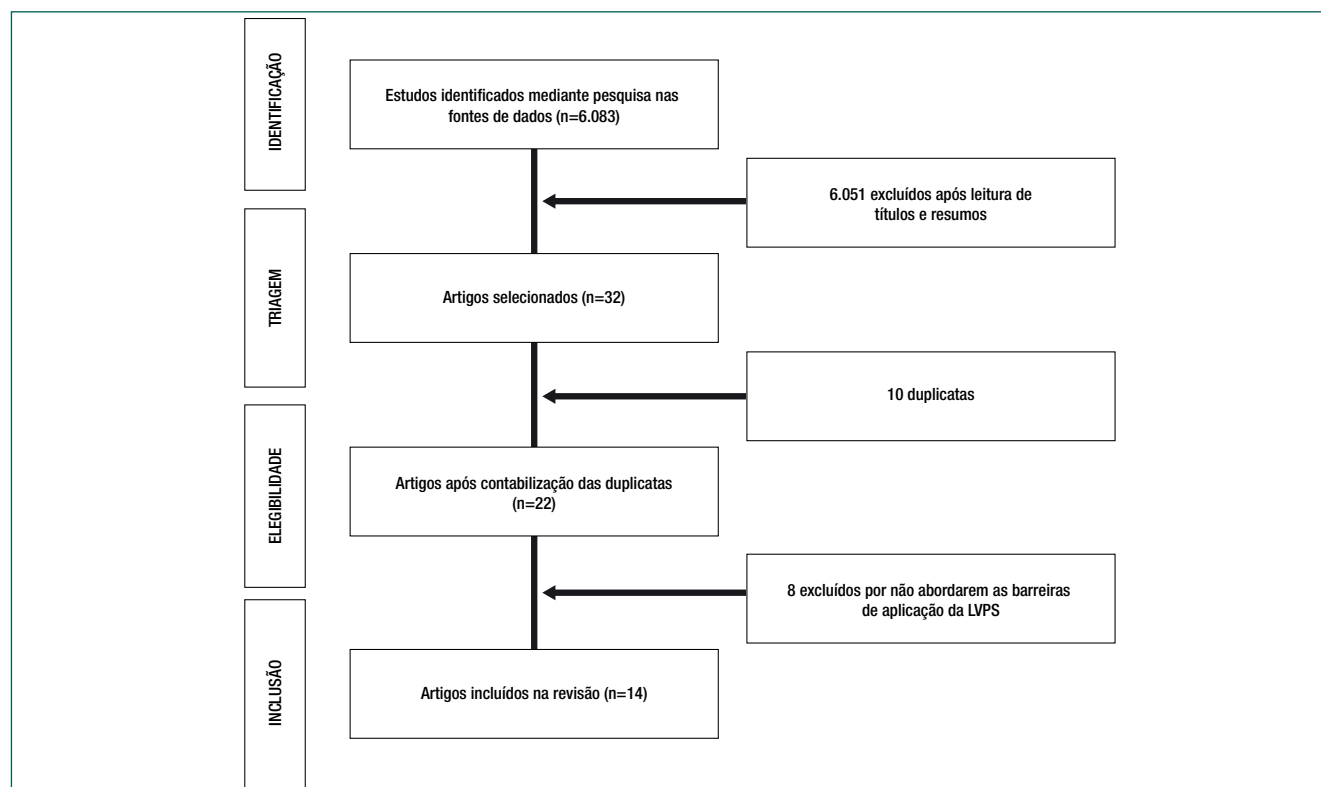
Quanto ao Nível de Evidência, adotou-se a classificação do *Joanna Briggs Institute*. Os estudos foram avaliados da seguinte forma: Nível I para evidência obtida de revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; Nível II para evidência alcançada de ensaio clínico controlado randomizado; Nível III.1 para evidência obtida de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização; Nível III.2 para evidência adquirida de estudos de coorte bem delineados ou caso-controle; Nível III.3 para evidência atingida de séries temporais múltiplas,

com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados e Nível IV para pareceres de autoridades respeitadas, baseados em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.⁽¹³⁾

O estudo foi realizado conforme as recomendações do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Por fim, os resultados foram apresentados em figura e quadros.⁽¹⁴⁾

Resultados

A busca nas fontes de dados permitiu a identificação de 6.083 estudos. Destes, 6.051 foram excluídos após leitura de títulos e resumos, por não se adequarem aos critérios de elegibilidade. Dez foram contabilizados apenas uma vez por estarem duplicados, oito foram excluídos por não abordarem as barreiras que dificultam a aplicação da LVPS. A amostra final foi, então, composta de 14 estudos (Figura 1).



LVPS – Lista de Verificação para Partos Seguros

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na revisão

Autor	Nível de evidência	Barreiras encontradas que dificultam a aplicação da LVPS
Concha-Torre et al. ⁽⁹⁾	Nível IV	As atitudes da equipe, desenho e habilidades deficientes, duplicação inadequada e com outras listas de trabalho, barreiras culturais ou a forma como os gerentes apresentam a ferramenta
Albolino et al. ⁽¹⁵⁾	Nível III.3	Baixa adesão dos profissionais de saúde, especialmente ginecologista, na adoção do <i>checklist</i>
Praxedes et al. ⁽¹⁶⁾	Nível IV	Os principais problemas incluem fatores culturais, estruturais, falta de compreensão do procedimento da aplicação da lista e dificuldade no reconhecimento do benefício percebido pelos profissionais envolvidos. Também há inconstância nos setores
Amaya-Arias et al. ⁽¹⁷⁾	Nível IV	Necessidade de estabelecimento pela gerência de sistemas não punitivos de monitoramento, controle e avaliação para facilitar mudanças de comportamento e, portanto, aumentar a adesão a esse tipo de prática clínica. Os profissionais de saúde afirmam que conhecem, usam ou usariam as listas de verificação, porém existe um grau intermediário de aceitação
Albolino et al. ⁽¹⁸⁾	Nível III.3	Má comunicação entre os membros da equipe; a hierarquização que impede a interação entre médicos e enfermeiros; e hierarquia de gênero latentes que ainda atua como um fator que limita seriamente a segurança e a qualidade do atendimento
Carvalho et al. ⁽¹⁹⁾	Nível IV	Necessidade de avaliação do contexto e adaptações locais e realização de intervenções educativas para uma correta implementação da lista de verificação
Senanayak et al. ⁽²⁰⁾	Nível III.2	Demanda de treinamento mediante campanhas de conscientização adequadas ao introduzir essa ferramenta em qualquer novo ambiente, além da incorporação da lista de verificação na documentação oficial da instituição de saúde para minimizar a duplicação de trabalho e tornar seu uso um requisito regulamentar
Kourouma et al. ⁽²¹⁾	Nível III.3	Aumento da carga de trabalho, devido à alta demanda de pacientes, e o desenho da ferramenta
Custódio et al. ⁽²²⁾	Nível IV	Défice de recursos humanos, demanda de trabalho elevada, falta de motivação e sensibilização para o uso do <i>checklist</i> , bem como a falta de envolvimento da equipe no processo de sua implantação. Constataram-se também relatos de desmotivação, por não haver liberação do trabalho para participar dos treinamentos
Molina et al. ⁽²³⁾	Nível IV	Ceticismo sobre importância ou valor entre os funcionários; lista de verificação percebida como onerosa; falta de ambiente propício; falta de apoio da liderança para a lista de verificação e falta de pessoal
Kaplan et al. ⁽²⁴⁾	Nível II	Necessidade de treinamento e <i>coaching</i> que induza mudanças comportamentais de longo prazo e, portanto, gere eficácia
Dohbit et al. ⁽²⁵⁾	Nível III.2	Importância de treinamento ou supervisão regular para melhorar a adesão às práticas essenciais de parto
Thomas et al. ⁽²⁶⁾	Nível III.3	Treinamento adicional, linguagem simplificada, lembrete para práticas essenciais e adaptação da ferramenta ao ambiente
Sousa et al. ⁽²⁷⁾	Nível III.3	Necessidade de formação de profissionais para adaptar e implementar a lista de verificação, sessões de aprendizagem para usar e acompanhamento da implementação

LVPS – Lista de Verificação para Partos Seguros

Os estudos dataram, em sua maioria, do ano de 2021 (35,8%). A América do Sul mostrou-se o continente com mais publicações sobre o tema (35,8%), e o idioma que prevaleceu foi o inglês (64,3%). Os estudos metodológicos predominaram (28,6%), com abordagem quantitativa (71,5%). Quanto ao Nível de Evidência, foi predominante o nível IV (42,8%). No quadro 2 está disposta a caracterização dos estudos em relação aos autores, nível de evidência e barreiras encontradas na aplicação da LVPS.

Discussão

Após analisar os estudos que compõem a revisão integrativa, percebe-se que são escassas as publicações que denotam especificamente a concepção dos profissionais em relação à implantação da LVPS e das barreiras para o preenchimento adequado. Ademais, a maioria das publicações ocorreram nos últimos 5 anos e destaca uma produção recente sobre o tema.

O *checklist* tem potencial para produzir efeitos benéficos para a segurança do paciente e para o serviço de saúde. Estudos indicam que essa ferramenta fortalece a prática clínica baseada em evidências, ao

favorecer a redução da incidência de eventos adversos, da morbidade e da mortalidade. A lista de verificação também aumenta o uso conjunto do partograma, que é uma ferramenta importante na prevenção de riscos no trabalho de parto.^(18,28)

A viabilidade da lista, quando é implementada seguindo as necessidades do serviço de saúde e apresentada aos profissionais, tem valores aceitáveis quanto ao preenchimento, no contexto de trabalho. Profissionais relatam sobre a fácil aplicação do instrumento e que as listas de verificação são possíveis de serem aplicadas mediante um contexto estudado previamente.⁽¹⁹⁾ No entanto, esse resultado apareceu com baixa frequência nos estudos, indicando que há dificuldade quanto à implantação das listas.

As atuais barreiras podem inclusive impedir a prestação de serviço adequada e se sobrepõem aos desafios vivenciados pelos profissionais no preenchimento de rotina de cuidados habituais. Além disso, há a necessidade de priorizar os indicadores existentes na lista de verificação. Outro estudo mostra que a falta de treinamento apropriado para a equipe de saúde sobre as corretas práticas de preenchimento configura-se como grave impedimento para a efetividade do *checklist*.^(29,30)

A falta de apoio das chefias e a ausência de monitoramento do uso do *checklist*, assim como a descrença dos benefícios pelos membros da equipe, são dificuldades encontradas que impedem o preenchimento efetivo. Estudo sobre a implantação de Lista de Verificação de Cirurgia Segura apontou que a introdução dessa ferramenta no serviço de saúde resultou em modificações no processo de trabalho de forma repentina e sem planejamento, sendo, dessa forma, visto mais como uma iniciativa imposta pela gestão, do que algo novo e atraente para desfrutar.⁽⁹⁾

Também são encontradas outras barreiras multifatoriais, como fatores culturais, estruturais e relacionados ao processo de trabalho. Os fatores culturais devem ser estabelecidos a partir de incentivos dos gestores e da participação de todos os profissionais de saúde, permitindo uma construção conjunta. No âmbito organizacional, a implementação sem planejamento causa resistência, especialmente em profissionais mais experientes. Além do mais, a equipe multiprofissional necessita de programas de treinamento para aplicação de *checklist*, para diminuir o número de profissionais que não desejam responder.⁽³¹⁾

Para uma gestão ativa quanto às mudanças em segurança, os gestores devem escolher um modelo horizontal participativo, visando estreitar o relacionamento com a equipe e fortalecer a cultura de segurança do paciente. A comunicação entre os profissionais de saúde é um ponto crítico na assistência à saúde. Dados apontam que 71% dos eventos adversos foram decorrentes na falha de comunicação.⁽³²⁾ A comunicação permeia todas as atividades da assistência ao paciente, sendo o aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização em equipe, o que permite que o trabalho colaborativo seja mais efetivo. Por outro lado, a má comunicação é uma condição que atrapalha a utilização dos *checklists*, sendo pautada como um indicador que interfere na qualidade da assistência.^(32,33)

Um fator que também influencia o preenchimento adequado das listas de verificação é uma estrutura organizacional inadequada. É preciso que exista facilidade para que o *checklist* seja acessado. No *layout*, por exemplo, é preferível que tenha es-

paço em branco suficiente para melhorar a legibilidade e o tamanho da fonte utilizada e que siga um fluxo lógico de itens e informações. A lista pode ser vista pela equipe como uma interrupção que causa atraso, carga de trabalho adicional ou que é redundante com outras verificações de segurança.^(9,34)

Outro ponto que deve ser considerado é a avaliação dos itens que compõem o *checklist*. A LVPS é composta de 27 itens, preenchidos em quatro pontos de pausa diferentes: na admissão, antes da expulsão do feto (ou antes da cesariana), após o parto e antes da alta. Os profissionais apontam dificuldades em relação à quantidade de itens e aos momentos de aplicação, visto que, muitas vezes, não é possível preencher todos os itens em razão de outras demandas do serviço. A experiência dos profissionais em relação à LVPS também é um fator importante, e alguns profissionais referem não possuir experiência suficiente em relação aos itens do *checklist*.^(20,34)

Estudos apontam que a equipe de enfermagem tende a responder mais as listas de verificações. O enfermeiro, como coordenador do setor, pode se apropriar da ferramenta, como forma de avaliar a assistência prestada. Com isso, a equipe precisa estar engajada e buscar compreender a importância e a necessidade do uso das listas de verificação, no sentido de atribuir ações corretivas por meio dos indicadores seguros.^(17,20,35)

Assim, as barreiras que dificultam a aplicação efetiva da LVPS também são encontradas em relação a outros *checklists*. As ações para efetivar seu uso no serviço de saúde visam melhorias nos padrões de cuidado mediante a comunicação interprofissional segura, redução de danos físicos e psicológicos ao paciente e diminuição dos eventos adversos evitáveis, que ainda apresentam alta prevalência nos serviços de saúde.⁽³⁵⁾

As limitações deste estudo podem estar relacionadas às fontes de dados utilizadas na pesquisa, podendo ter ocasionado algum viés de seleção, como também ao tamanho da amostra encontrada, podendo limitar a generalização de achados para a LVPS e outros *checklists* de segurança do paciente.

Diante disso, recomenda-se que novos estudos, com outros delineamentos, sejam realizados nessa temática, pois mesmo com todos os avanços na área

da obstetrícia, ainda há alta prevalência de eventos adversos relacionados à procedimentos e medidas tomadas em relação ao parto, sendo a LVPS da OMS uma forma de diminuir os danos evitáveis à saúde.

Como implicações para a prática da enfermagem, é possível reforçar a necessidade de desenvolver estudos nessa temática, inclusive com Níveis de Evidência mais fortes, e indicar o treinamento periódico e embasado nas melhores evidências para a equipe, para o correto preenchimento da LVPS. Outra recomendação evidente nos estudos analisados foi que a assiduidade no preenchimento da LVPS em todos os partos é igualmente importante, assim como a necessidade de conectá-la a outros instrumentos, como o partograma, no sentido de potencializar a prevenção de riscos no trabalho de parto.

A implicação de destaque é oferecer, por meio dessas ferramentas de baixo custo e de boa efetividade, excelente alternativa para a redução de eventos adversos relacionados ao parto, com forte recomendação para que os gestores das instituições implementem essa ferramenta de maneira sistemática.

Acredita-se que os dados encontrados no presente estudo, sobre as dificuldades no preenchimento da Lista de Verificação para Partos Seguros, possam contribuir para avanços na implantação adequada das listas de verificação nos serviços de saúde. Considerando que a utilização de *checklist* fornece práticas baseadas em evidências na assistência de qualidade, ultrapassar as barreiras que dificultam o desenvolvimento delas é alcançar menores índices relacionados aos eventos adversos.

Conclusão

As principais barreiras que dificultaram a aplicação da Lista de Verificação para Partos Seguros foram: os fatores culturais, sendo eles as relações interpessoais, hierarquização das classes profissionais e a má comunicação; os fatores estruturais, como o desenho e a fonte utilizada no *checklist*; e os fatores relacionados ao processo de trabalho, que está condizente sobre como a lista de verificação foi implantada no serviço de saúde, a postura do gerente quanto a sua

apresentação e a necessidade de intervenção educativa/formação para os profissionais de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2022 Dez 18]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
2. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna, Washington: Opas; 2023 [citado 2023 Mar 18]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Mar 18]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único do Brasil (DATASUS). Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Mar 18]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Mar 18]. Disponível em: <https://brasilus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-715/>
6. Dugle G, Akanbang BA, Abiuro GA. Exploring factors influencing adverse birth outcomes in a regional hospital setting in Ghana: A configuration theoretical perspective. *Women Birth*. 2021;34(2):187–95.
7. Sá JD, Rocha MA, Jorge ER, Viana LC, Moreira MH, Godoy JS, et al. Patient safety in the Intensive Care Unit: historical review and reflections. *Res Soc Dev*. 2022;11(5):e37811528502.
8. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da criança e do adolescente. Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; 2019 [citado 2022 Dez 18]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/lista-de-verificacao-da-oms-para-partos-seguros/>
9. Concha-Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia?. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;93(2):135. e1-135.e10. Spanish.
10. Freitas CC, Mussatto F, Vieira JS, Bugança JB, Steffens VA, Baêta Filho H, et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210573.
11. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):662–9.
12. Silva BB, Alves AK, Serejo Júnior FC, Lima GV, Lima TR, Brito FE, et al. Factors associated with the development of healthcare-associated infections in the intensive care unit: a literature review. *Res Soc Dev*. 2022;11(5):e14711528125.

13. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020 [cited 2022 Dez 18]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):n71.
15. Albolino S, Dagliana G, Meda M, Ranzani F, Tanzini M. Safety and quality of maternal and neonatal pathway: A pilot study on the childbirth checklist in 9 Italian hospitals. *Procedia Manuf*. 2015;3:242–9.
16. Praxedes AO, Arrais L, Araújo MA, Silva EM, Gama ZA, Freitas MR. [Assessment of adherence to the Safe Childbirth Checklist in a public maternity hospital in Northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2017;33(10):e00034516.
17. Amaya-Arias AC, Cortés ML, Franco D, Mojica JD, Hernández S, Eslava-Schmalbach J. Safe behaviors and acceptance of checklists in gynecology and obstetrics units of three institutions in urban areas of Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2017;45(1):22–30.
18. Albolino S, Dagliana G, Illiano D, Tanzini M, Ranzani F, Bellandi T, et al. Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. *Ergonomics*. 2018;61(1):185–93.
19. Carvalho IC, Rosendo TM, Freitas MR, Silva EM, Medeiros WR, Moutinho NF, et al. Adaptation and validation of the World Health Organization's safe delivery checklist for the Brazilian context. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;12(3):419–36.
20. Senanayake HM, Patabendige M, Ramachandran R. Experience with a context-specific modified WHO safe childbirth checklist at two tertiary care settings in Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):411.
21. Kourouma KR, Yaméogo WM, Doukouré D, Agbré Yacé ML, Tano Kamelan A, Coulibaly-Koné SA, et al. Feasibility study on the adoption of the WHO safe childbirth checklist by front-line healthcare providers and managers in Burkina Faso and Côte d'Ivoire. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6(1):150.
22. Custódio RJ, Kapassi LB, Alves DT, Barros AF, Melo MC, Boeckmann LM, et al. Perception of nursing professionals on the use of the safe delivery checklist. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e74752.
23. Molina RL, Benski AC, Bobanski L, Tuller DE, Semrau KE. Adaptation and implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist around the world. *Implement Sci Commun*. 2021;2(1):76.
24. Kaplan LC, Ichsan I, Diba F, Marthoenis M, Muhsin M, Samadi S, et al. Effects of the World Health Organization Safe Childbirth Checklist on Quality of Care and Birth Outcomes in Aceh, Indonesia. *JAMA Netw*. 2021;4(12):e2137168.
25. Dohbit JS, Woks NI, Koudjine CH, Tafen W, Foumane P, Bella AL, et al. The increasing use of the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learned at the Yaoundé Gynaeco-Obstetric and Paediatric Hospital, Cameroon. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):497.
26. Thomas J, Voss J, Tarimo E. Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the WHO safe childbirth checklist tool in a Tanzania Regional Hospital. *Afr Health Sci*. 2021;21(1 Suppl):44–50.
27. Sousa KM, Saturno-Hernández PJ, Rosendo TM, Freitas MR, Molina RL, Medeiros WR, et al. Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: a before and after study. *BMJ Open*. 2022;12(3):e056908.
28. Molina RL, Bobanski L, Dhingra-Kumar N, Moran AC, Taha A, Kumar S, et al. The WHO safe childbirth checklist after 5 years: future directions for improving outcomes. *Lancet Glob Health*. 2022;10(3):e324–5.
29. Chang KT, Hossain P, Sarker M, Montagu D, Chakraborty NM, Sprockett A. Translating international guidelines for use in routine maternal and neonatal healthcare quality measurement. *Glob Health Action*. 2020;13(1):1783956.
30. Barnhart DA, Spiegelman D, Zigler CM, Kara N, Delaney MM, Kalita T, et al. Coaching Intensity, Adherence to Essential Birth Practices, and Health Outcomes in the BetterBirth Trial in Uttar Pradesh, India. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(1):38–54.
31. Moraes CL, Guilherme Neto J, Santos LG. The perception of the nursing team about the use of the safe surgery checklist in the operating room in a maternity hospital in southern Brazil. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(3):e36.
32. Previato GF, Baldissera VD. Communication in the dialogic perspective of collaborative interprofessional health practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1535–47.
33. Santos EA, Domingues NA, Eduardo AH. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. *Enferm Actual Costa Rica*. 2020;38:75–88.
34. Burian BK, Clebone A, Dismukes K, Ruskin KJ. More than a tick box: medical checklist development, design, and use. *Anesth Analg*. 2018;126(1):223–32.
35. Aguir FS, Rodrigues FC, Fontana RT, Bittencourt VL. Adherence by the nursing team to the surgical checklist: a narrative review. *Res Soc Dev*. 2021;10(2):e4710212189.