

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo deste documento será disponibilizado somente a partir de 03/11/2027.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA NAYARA GIBIM

**FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE BASEADO NAS
DIRETRIZES DO INSTRUMENTO MODIFIED EARLY OBSTETRIC
WARNING SYSTEM (MEOWS)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação, Curso Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, submetida para obtenção de título de Mestre de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milena Temer Jamas

**Botucatu
2025**

BRUNA NAYARA GIBIM

**FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE BASEADO NAS
DIRETRIZES DO INSTRUMENTO MODIFIED EARLY OBSTETRIC
WARNING SYSTEM (MEOWS)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação, Curso Mestrado
Profissional, da Faculdade de Medicina de
Botucatu da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, submetida para
obtenção de título de Mestre de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milena Temer Jamas

**Botucatu
2025**

G446f Gibim, Bruna Nayara
Fluxograma de assistência na maternidade baseado nas diretrizes do instrumento Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) / Bruna Nayara Gibim. -- Botucatu, 2026
84 f.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientadora: Milena Temer Jamas

1. Mothers Mortality. 2. Near Miss, Healthcare.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE BRUNA NAYARA GIBIM, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 03 dias do mês de novembro do ano de 2025, às 14h, no(a) Depto. de Enfermagem - FM/Botucatu - Unesp, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de BRUNA NAYARA GIBIM, intitulada **Implementação do Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) em maternidade de alto risco do interior paulista**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MILENA TEMER JAMAS (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Depto. de Enfermagem / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ANA PAULA PINHO CARVALHEIRA (Participação Presencial) do(a) Depto. de Enfermagem / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ALINE FERNANDA PALOMBARINI SANTILONI (Participação Virtual) do(a) Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: Aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. MILENA TEMER JAMAS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha amada família, por serem o farol que me guia, o abrigo que me acolhe, o amor que me nutre e a base sólida que me impulsiona a voar mais alto.

Agradeço a Deus, por diariamente me dar uma nova chance de acordar e poder ser alguém melhor. Este trabalho é dedicado a todos vocês, que são as melhores plateias da vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, cuja presença me fortalece para ir mais longe do que eu acredito.

Aos meus pais, Neiva e Rinaldo, sem eles, esse sonho jamais seria possível. Minha mãe é meu porto seguro e meu pai é a brisa que guia meu barco pelo mar. Obrigada pela fé e coragem que vocês depositaram em mim durante toda a minha trajetória.

Ao meu noivo, João Pedro, que embarcou comigo na jornada da vida, trazendo luz e paz todos os dias e acreditando no meu potencial, mais do que eu mesma.

A minha filha, Maria Laura, que nasceu durante esse projeto, ela não imagina a força que emana, você mudou a minha vida, meu amor.

A Profª Drª Cristiane Paiva Alves, que além de minha prima/irmã mais velha, é o meu pilar, que não mediu esforços para me ajudar: meu muito obrigada seria insuficiente para agradecer toda ajuda.

A Profª Drª Milena Temer Jamas, agradeço imensamente pela oportunidade, pelo desafio, por todo o carinho e paciência durante todos esses anos, construímos uma amizade, além da orientação.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, da Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, que, com muito conhecimento e dedicação, colaboraram para minha chegada até aqui.

A toda equipe da Maternidade do Hospital das Clínicas de Botucatu: em especial as duas Enfermeiras Obstétricas e amigas que me ajudaram tanto nesse trabalho: Mikaelly e Patrícia, vocês foram essenciais. Obrigada a toda equipe pelo acolhimento, empatia, cafés e colos de todos esses anos.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Conselho Federal de Enfermagem pelo apoio financeiro; esta pesquisa se vincula ao projeto "Tecnologias de apoio à SAE e Gestão, contribuições do mestrado profissional para a região centro-sul paulista: terceira etapa do projeto", contemplada no Edital nº 8/2021 – Acordo CAPES/COFEN - Programa de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem.

E por fim, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram e foram presentes nessa jornada.

EPÍGRAFE

“Embora ninguém possa voltar atrás e
fazer um novo começo, qualquer um pode
começar agora e fazer um novo fim”.

(James R.Sherman)

Gibim, B.N. **Fluxograma de assistência na maternidade baseado nas diretrizes do instrumento Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS)**. 2025. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2025.

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública globalmente, que desrespeita os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. Para melhorar a saúde materna, é necessário aumentar a oferta de cuidados obstétricos e emergências adequados. O instrumento de alerta precoce MEOWS aborda as lacunas referentes à assistência obstétrica, possibilitando a identificação precoce nos parâmetros vitais a fim de alertar a equipe de saúde e reduzir o *near miss* e a mortalidade materna. **Objetivo:** Implementar o instrumento Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) como ferramenta para avaliação das pacientes atendidas na maternidade do Hospital das Clínicas de Botucatu. **Método:** Trata-se de estudo metodológico de construção, validação, implementação e avaliação do fluxograma de assistência referente ao instrumento MEOWS. O fluxograma foi construído seguindo-se as recomendações do guia de orientação para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem e do tratado de obstetrícia da Febrasgo. O instrumento foi avaliado por um comitê de nove juízes, composto por profissionais que atuam na assistência obstétrica, com experiência mínima de três anos. Os participantes avaliaram o fluxograma quanto ao objetivo, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações e design. Para análise de concordância entre os avaliadores, optou-se pelo cálculo do Content Validity Ratio (CVR). Foi realizado treinamento in loco com 53 funcionários. E realizado dois questionários antes e após implementação do fluxograma de assistência com os profissionais de saúde. **Resultados:** O fluxograma de assistência foi modificado três vezes. O CRV variou de 0,55 a 1,0. Algumas alterações foram realizadas para garantir a adequação do conteúdo e melhor visualização das etapas de acordo com o setor. Dos 53 funcionários treinados, 46 eram da equipe de Enfermagem. Na avaliação da implementação apenas 3 técnicas de Enfermagem relataram que não se sentem aptas para realizar todos os passos do instrumento MEOWS e do fluxograma de assistência. **Conclusão:** Como produto deste estudo obteve-se o fluxograma de assistência para utilização do MEOWS e a implementação do instrumento MEOWS na maternidade.

Descritores: Mortalidade Materna; Near Miss; Escore de Alerta Precoce.

Gibim, B.N. **Fluxograma de assistência na maternidade baseado nas diretrizes do instrumento Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS)**. 2025. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is a serious public health problem globally, which disrespects women's human, sexual and reproductive rights. To improve maternal health, it is necessary to increase the availability of appropriate emergency obstetric care. The MEOWS early warning instrument addresses gaps in obstetric care, enabling early identification of vital parameters in order to alert the healthcare team and reduce near misses and maternal mortality. **Objective:** To implement the Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) instrument as a tool for evaluating patients treated in the maternity ward of Hospital das Clínicas de Botucatu. **Methods:** This is a methodological study of construction, validation, implementation and evaluation of the assistance flowchart referring to the MEOWS instrument. The flowchart was created by following the recommendations of the guidelines for the construction of nursing care protocols, and the obstetrics treaty of Febrasgo. The tool was evaluated by a committee of nine judges, composed of professionals with a minimum of three years of experience in the obstetric field. The participants assessed the flowchart according to its objective, content, language, relevance, illustrations, and design. The Content Validity Ratio (CVR) was chosen for the analysis of agreement among evaluators. On-site training was carried out with 53 employees. Two questionnaires were carried out before and after implementing the assistance flowchart with health professionals. **Results:** The assistance flowchart was modified three times. The CRV ranged from 0.55 to 1.0. Some changes were made to ensure content adequacy and better visualization of the steps according to the sector. Of the 53 employees trained, 46 were from the Nursing team. In the implementation assessment, only 3 nursing technicians reported that they did not feel able to carry out all the steps of the MEOWS instrument and the care flowchart. **Conclusion:** As a product of this study, the assistance flowchart for the use of MEOWS and the implementation of the MEOWS instrument in the maternity ward was obtained.

Keywords: Maternal Mortality; Near Miss, Healthcare; Early Warning Score.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Parâmetros adotados para a aplicação do MEOWS.	7
Figura 2. Fórmula para calcular o CVR (Content Validity Ratio)	16
Figura 3. Anotações de Enfermagem	19
Figura 4. Fluxograma de Assistência MEOWS inicial	22
Figura 5. Gráfico de MEOWS modificado	24
Figura 6. Fluxograma de Assistência MEOWS Versão 1	25
Figura 7. Fluxograma de Assistência MEOWS versão final	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Etapas da pesquisa.	12
Quadro 2. Sugestões dos juízes de conteúdo.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos juízes participantes da validação de conteúdo do fluxograma. Botucatu, 2024. _____	26
Tabela 2. CVR do instrumento para avaliação do fluxograma de assistência MEOWS _____	28
Tabela 3. Profissionais do treinamento in loco _____	32
Tabela 4. Caracterização da amostra dos profissionais em treinamento. Botucatu, 2024. _____	33
Tabela 5. Caracterização da amostra dos profissionais pós treinamento. Botucatu, 2024. _____	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
ALARM	<i>Advances in Labour and Risk Management</i>
ALSO	Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia
CEMACH	Inquérito Confidencial sobre Saúde Materna e Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID10	A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10)
COVID-19	Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CVR	<i>Content Validity Ratio</i>
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI Bauru
EO	Enfermagem Obstétrica/Enfermeiro Obstetra
EWS	<i>Early Warning System</i>
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GO	Ginecologista/Obstetra
HC	Hospital das Clínicas
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MÁX	Máximo

MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
MEOWS	<i>Modified Early Obstetric Warning System</i>
MIN	Mínimo
More OB	<i>Managing Obstetrical Risk Efficiently</i>
NEWS	<i>National Early Warning Score</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização da Nações Unidas
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PROMPT	<i>The Practical Obstetric Multi-Professional Training</i>
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SME	Serviços Médicos de Emergência
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 MORTALIDADE MATERNA	1
1.2 INSTRUMENTOS DE ALERTA PRECOCE	3
1.3 MODIFIED EARLY OBSTETRIC WARNING SYSTEM (MEOWS)	5
1.4 JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 MÉTODOS	10
3.1 LOCAL DE ESTUDO	10
3.2 TIPO DE PESQUISA	12
3.3 DEFINIÇÃO DAS ETAPAS	12
3.3.1 Etapa 1: Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa	12
3.3.2 Etapa 2: Construção do Fluxograma de Assistência	12
3.3.3 Etapa 3: Validação do Fluxograma de Assistência	13
3.3.3.1 <i>Tratamento e análise dos dados</i>	15
3.3.4 Etapa 4: Treinamento in loco com os profissionais de saúde	16
3.3.5 Etapa 5: Implementação e Avaliação do MEOWS e do fluxograma de assistência	19
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	20
5 RESULTADOS	20
5.1 RESULTADOS DA ETAPA 2 - CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA	20
5.2 RESULTADOS DA ETAPA 3 - VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA	25
5.2.1 Caracterização da amostra do comitê de juízes	25
5.2.2 Avaliação dos itens do fluxograma	28
5.3 RESULTADOS DA ETAPA 4 - TREINAMENTO IN LOCO	32
5.4 RESULTADO DA ETAPA 5 – IMPLEMENTAÇÃO DO MEOWS	35
5.4.1 Avaliação final e considerações dos profissionais	35
6 DISCUSSÃO	37
6.1. ANÁLISE COMPARATIVA COM ESTUDOS ANTERIORES	37
7 CONCLUSÃO	40
8 REFERÊNCIAS	40
ANEXO I. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	47
ANEXO II. TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	56
ANEXO III. TERMO DE ANUÊNCIA DO HCFMB	57
APÊNDICE I - CARTA CONVITE AOS JUÍZES	57
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) COMITÊ AVALIADOR – RESOLUÇÃO 466/2012	59
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	60
APÊNDICE IV - INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA	61
APÊNDICE V- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	63

APÊNDICE VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PROFISSIONAIS DE SAÚDE- RESOLUÇÃO 466/2012	64
APÊNDICE VII- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65

APRESENTAÇÃO

Há 14 anos iniciei minha jornada na área de Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, e me encontrei na matéria de Saúde da Mulher, quando minhas professoras me apresentaram ao Parto Normal Humanizado. Admito que ao primeiro encontro com o tema não consegui entender a magnitude do que significava para uma mulher um parto normal humanizado e o plantio da semente em cada aluno, como foi falado com tanta convicção, pela Dr^a Prof^a Jamile Castro Bussadori.

Mas fui privilegiada em assistir o primeiro e único parto durante a graduação na Maternidade Dona Francisca Cintra Silva (SUS) e perguntei o nome do bebê que estava chegando e me surpreendi por ser igual ao meu, e a partir dessa experiência, fui capaz de perceber sua influência em minha vida.

Sou egressa da primeira turma do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. E a coordenadora, Prof^a Dr^a Milena Temer Jamas, do meu Programa de Residência costumava dizer desde 2017, que nós estávamos trilhando e abrindo novos caminhos para a Assistência da Enfermagem Obstétrica em Botucatu e Região, pois na maioria das cidades do Brasil, a centralização médica no parto normal ainda é a predominante, e ao longo da residência percebi que ela estava certa.

Fomos desbravadores. Lutamos juntos, alunos e professores, por cada detalhe da construção do programa, do espaço físico, da busca pela abertura de um novo cenário de atendimento de gestantes de risco habitual em Botucatu, da aceitação da nossa atuação por outros profissionais da saúde, na implementação de novos protocolos condizentes com práticas baseada em evidências, no compartilhamento de saberes com a equipe de Enfermagem recém-contratada e no planejamento de fluxo de atendimento. Tivemos um resultado muito satisfatório pela população de risco habitual que foi atendida por nós.

Esse período foi permeado por muitos desafios, mas não fizeram com que eu desistisse de continuar minha atuação. Minhas expectativas foram atendidas, tanto em relação ao Programa quanto em relação à Pesquisa, uma honra ter realizado um enorme projeto com todas as gestantes da cidade de Botucatu com a finalidade de proporcionar um olhar mais atencioso para as mulheres com depressão durante a gestação com a Prof^a Dr^a Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes. Assim, entendi que só estava no começo da luta pelas mulheres que eu encontrava pelo meu caminho.

Após a residência, voltei a minha cidade natal, trabalhei em um Hospital Particular, e novamente era a atuação do médico a predominante e o número de intervenções desnecessárias só aumentava, levei toda minha bagagem adquirida nos dois anos na Residência e consegui pequenas mudanças no serviço, porém não consegui alternativas o bastante na minha inquietação profissional e busca por novos conhecimentos. Decidi retornar à cidade que me acolheu e que busca e acredita em mudanças.

Atuo há 5 anos como Enfermeira Obstetra no Hospital das Clínicas de Botucatu, encontro mais desafios, porém durante a jornada, recebemos anualmente novos residentes do Programa de Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, no qual também atuo como preceptora em campo, compartilhando: vivências, motivações/ decepções, auxiliando no processo de ensino aprendizagem e buscando dentro de cada um o motivo de estarmos ali presente em cada nascimento e plantando a semente da Humanização, além disso em 2021, supervisionei estágio para técnicos de Enfermagem em formação pelo SENAC, promovendo: o cuidado ao binômio e o aleitamento materno exclusivo e enfatizando a humanização que um profissional deve manter em relação ao paciente e aos demais profissionais de saúde.

Observando nosso cenário atual e a forma como atuamos (Enfermeiros Obstetras) na Assistência ao Parto, constato a necessidade de realizar melhorias no serviço, contribuir com novas evidências acerca do tema proposto, investigar de forma mais aprofundada sobre diversos fatores desafiadores na Obstetrícia e proporcionar visibilidade da atuação da Enfermagem Obstétrica.

Sou grata a oportunidade de ingressar ao Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) e alcançar mais um degrau da minha realização profissional/pessoal. Realizar um Mestrado Profissional, com um vínculo empregatício e com uma gravidez foi o maior desafio acadêmico da vida, vivenciado até o momento.

Com as experiências vivenciadas em todos esses anos e a perda de uma professora durante a graduação decorrente de hemorragia pós-parto, foi evidente a importância dos instrumentos de alerta precoce para pacientes obstétricas, temática que me propus a investigar e implementar na Maternidade para mudar a realidade das mulheres atendidas.

O presente estudo aborda o Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) enquanto instrumento para melhoria da assistência obstétrica, adotando-se a hipótese que sua utilização reduz a mortalidade materna. Para tanto, inicia-se com a abordagem relativa sobre a mortalidade materna para, em seguida, abordar o instrumento adotado.

1 INTRODUÇÃO

1.1 MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública globalmente, que desrespeita os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. Refere-se a uma morte prematura, evitável, com resultados negativos à estrutura e à dinâmica familiar ⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10), adota o conceito que morte materna é o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, não associados a localização ou duração da gravidez, por condições relacionadas ou agravadas pela gestação ou por ações tomadas em relação a ela, exceto quando ocasionada por fatores acidentais ou incidentais ⁽²⁾.

A mortalidade materna pode ser classificada de acordo com a natureza da causa da morte. As principais categorias são:

- **Causas Diretas**

São mortes resultantes de complicações obstétricas, omissões, intervenções desnecessárias, tratamentos inadequados ou da cadeia de eventos resultantes de alguma dessas causas durante o ciclo gravídico-puerperal ⁽³⁻⁴⁾. Elas ocorrem devido a condições ou doenças que têm uma conexão direta com a gestação. Estudos sugerem que 73% dos óbitos maternos globais são evitáveis ou tratáveis, pois são decorrentes da morte materna de causa direta ⁽⁵⁻⁶⁾. Principais causas: as hemorragias obstétricas, complicações relacionadas a hipertensão, infecções puerperais, complicações no trabalho de parto e aborto inseguro ⁽⁷⁻⁹⁾.

- **Causas Indiretas**

O óbito relacionado à morte materna de causa indireta é decorrente de comorbidades prévias ou que surgem durante a gestação, agravado pelos efeitos fisiológicos da gravidez, mas que não são diretamente atribuíveis à gestação ⁽³⁻⁴⁾. Alguns exemplos: Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Doenças Autoimunes, e Doenças Respiratórias Crônicas ⁽⁷⁻⁹⁾.

- **Causas Indeterminadas**

São mortes que não podem ser classificadas em causas diretas ou indiretas. Geralmente ocorrem em situações que faltam informações e dados precisos. Exemplos incluem: complicações não diagnosticadas e mortes fora do ambiente hospitalar. ⁽⁷⁻⁹⁾.

Diminuir as taxas de ocorrência de mortes maternas tem sido prioridade mundial, apesar de todos os esforços científicos e de políticas públicas nesse sentido, em 2020, morreram 287 mil mulheres por causas maternas, ou seja, globalmente 800 mulheres mortes por dia ⁽¹⁰⁾.

Em 2015, ocorreu a Agenda 2030, que é um plano de ação global adotado pela Organização da Nações Unidas (ONU) e ratificado por 193 países, em prol do desenvolvimento sustentável. A Agenda engloba 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. Entre esses objetivos, o ODS 3 – Saúde e Bem Estar é voltado para a área da saúde. Ele reúne nove metas, que abrangem desde promover a saúde mental e a prevenção do abuso de substâncias até reduzir a mortalidade materna, infantil, erradicar epidemias ⁽¹¹⁾. Assim, a redução da mortalidade materna é uma prioridade internacional e nacional, a RMM sinaliza as diferenças sociais, as condições socioeconômicas, o acesso à saúde, a atuação do serviço de saúde a saúde da mulher e ao ciclo gravídico puerperal e o nível de reconhecimento da sociedade perante os direitos das mulheres ^(12,13).

A Organização da Nações Unidas (ONU) estabeleceu como meta que a razão de mortalidade materna global (RMM) seja menor que 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Nos países desenvolvidos, essa taxa já se mantém em torno de 13 mortes por 100 mil nascidos vivos. A grande maioria desses óbitos ocorrem em países em desenvolvimento ⁽¹⁴⁾. O Brasil, ao validar o compromisso junto à ONU, assumiu como meta reduzir sua RMM para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030⁽¹⁵⁾. É um dos piores indicadores de saúde no Brasil ^(12,13).

No Brasil, houve pouco avanço na redução da RMM, entre os anos 2016 à 2019, a RMM era aproximadamente 55 mortes por 100 mil nascidos vivos. Em 2020, houve um aumento de quase 25%, totalizando 75 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. E em 2021, a taxa de mortalidade materna retrocedeu aos patamares inaceitáveis registrados a níveis de duas décadas atrás, com um aumento de 94%, totalizando 110 mortes de mulheres por 100 mil nascidos vivos – a mesma taxa contabilizada em 1998. Em 2022, a taxa de mortalidade materna foi de 50,65 e em, 2023, foram 49,08 mortes por 100 mil nascidos vivos, distante de alcançar a meta pactuada com os ODS. Os dados são do Ministério da Saúde e foram mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro ^(16,17)

A pandemia, COVID-19, resultou em um acréscimo significativo de óbitos de gestantes e puérperas, com 2.055 óbitos maternos registrados no país de 2020 a 2022, sendo 462 em 2020, 1.518 em 2021 e 75 em 2022 ⁽¹⁶⁾. Esse panorama expõe as fragilidades do cuidado obstétrico, como as interrupções na assistência primária, o atraso vacinal e a demora em reconhecer as gestantes como grupo de alto risco. Diante desse cenário, o Brasil necessita de grandes mudanças para alcançar as metas da ODS ⁽¹⁸⁾.

No interior de São Paulo, apenas em Botucatu, cidade do estudo, no período de 2020 a 2023, ocorreram 4 óbitos maternos, sendo um óbito materno em 2020 e três óbitos maternos em 2021 (um por COVID-19) ⁽¹⁹⁾.

Faz-se necessário compreender não somente a ocorrência da morte materna, mas também as condições que a precederam, com o objetivo de entender e avaliar quais são as intervenções possíveis na assistência obstétrica para minorar este evento trágico, pois existe uma grande semelhança entre as pacientes obstétricas que sobrevivem a complicações graves e as pacientes que morrem destas mesmas complicações durante o ciclo gravídico-puerperal ^(20,21).

Com base nesse conceito, a Organização Mundial da Saúde definiu o termo *near miss* materno ao invés de morbidade materna aguda grave, para a mulher que “quase morreu, mas sobreviveu” ^(20,21), têm como propósito prático ser utilizado como uma ferramenta de monitoramento da qualidade da assistência obstétrica, pois permite rápida implementação de medidas de tratamento e suporte ao identificar mulheres que estejam sob maior risco de evolução para quadros mais graves ⁽²²⁾. Estudos evidenciam que a cada 600 *near miss* identificados, 30 podem se tornar incidentes sem danos, 10 incidentes com danos e um pode se tornar incidente com lesão grave ou morte ⁽²³⁾.

Para melhorar a saúde materna, é necessário aumentar a oferta de cuidados obstétricos e emergências adequados e identificar as barreiras sociais e econômicas que limitam o acesso à saúde de qualidade ⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, estudos mostraram associação entre atraso na assistência obstétrica e gravidade dos desfechos maternos adversos, então foram desenvolvidos instrumentos de alerta precoce para identificar anormalidades nos parâmetros vitais a fim de alertar a equipe de saúde e reduzir o *near miss* e a mortalidade materna ^(3,24).

8 REFERÊNCIAS

1. Freitas RAO Jr. Avoidable maternal mortality as social injustice. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet] 2020 [citado 19 Ago 2024];20(2):607–14. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200607&tlng=en

2. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8a ed. São Paulo: Edusp; 2000.
3. Nunes RD, Hirakawa HS, Okido MM. Classificação de risco em Obstetrícia. Escores de alerta precoce e atendimento inicial às urgências obstétricas. In: Mariani Neto C, Sá MFS, editores. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO. Barueri: GEN Guanabara Koogan; 2019. p. 968–78.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
5. Scarton J, Thurow MRB, Ventura J, Silva DN, Perim LF, Siqueira HCH. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. Res Soc Dev [Internet]. 2020 [citado 16 Ago 2024];9(5):e67953081. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3081>
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323-33.
7. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento das complicações obstétricas e neonatais. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
9. Guilherme VM, Carvalho MM. Mortality and morbidity in maternal health: a review of current understanding. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(4):287-98. doi: 10.1055/s-0042-1749861.
10. Lawrence EM, Klein TJ, Beyou TK. maternal mortality in low and middle-income countries. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022;49(4):713–33.
11. Moreira MR, Kastrup É, Ribeiro JM, Carvalho AI de, Braga AP. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe7):22–35. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>
12. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2015/12/TrendsinMMR19902015_Fullreport_243.pdf
13. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. Rev Enferm Contemp. 2021;10(1):127-33. doi: 10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709.
14. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240068759>

15. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Nova York: ONU; 2015 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
16. Observatório Obstétrico Brasileiro. OOB SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas [Internet]. Seattle: Sage Bionetworks; 2021 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br
17. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. OLHARIEPS [Internet]. Rio de Janeiro: IEPS; 2023 [Citado 19 Ago 2024]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/03/olhar-IEPS-4-mortalidade-materna.pdf>
18. Gama SGN, Bittencourt SA, Theme Filha MM, Takemoto MLS, Lansky S, Frias PG, et al. Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. Cad Saúde Pública [Internet]. 2024 [citado 19 Ago 2024];40(4):e00107723. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT107723>
19. Prefeitura Municipal de Botucatu. Relatório Anual de Gestão 2021. Botucatu: Secretaria Municipal de Saúde; 2022. Disponível em: <https://saude.botucatu.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/RAG-2021.pdf>
20. Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. BMC Health Serv Res. 2011;11:286.
21. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009;23:287-96.
22. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 19 Ago 2024]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf
23. Cure L, Zayas-Castro J, Fabri P. Clustering-based methodology for analyzing near-miss reports and identifying risks in healthcare delivery. J Biomed Inform. 2011;44(5):738-48. doi: 10.1016/j.jbi.2011.03.012.
24. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:159. doi: 10.1186/1471-2393-14-159.
25. Goldhill DR, White AS, Sumner A. Physiological values and procedures in the 24h before ICU admission from the wars. Anaesthesia. 1999;54(6):529-34.
26. Vilaça LV, Chavaglia SR, Bernardinelli FC, Souza IF, Pereira CB, Silva SA. Early warning scales to track clinically deteriorating in emergency medical services: an integrative review. Enfermeria Glob. 2022;21(4):587-637. doi: 10.6018/eglobal.502451.
27. Monzon LD, Boniatti MM. Use of the Modified Early Warning Score in intrahospital transfer of patients. Rev Bras Ter Intensiv. 2020 [citado 1 Ago 2024]; 32(3):439-43. doi: 10.5935/0103-507x.20200074.
28. Sá BVS, Aguiar ASC, Rocha ESB, Bezerra SMG, Almeida PC. Escala de alerta precoce na identificação de pacientes com risco de deterioração clínica. Rev

- Enferm UERJ [Internet]. 2024 [citado 1 Ago 2024];32:e79207–7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/79207/50680>
29. Oliveira AP, Urbanetto JD, Caregnato RC. National Early Warning Score 2: transcultural adaptation to Brazilian Portuguese. *Rev Gauch Enferm*. 2020;41:e20190424. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190424.
 30. Nascimento JD, Macedo GD, Borges GB. Predictive power of the early warning scale for clinical deterioration of critically ill patients. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:e5. doi: 10.5902/2179769238300.
 31. Skitch S, Tam B, Xu M, McInnis L, Vu A, Fox-Robichaud A. Examining the utility of the Hamilton early warning scores (HEWS) at triage: retrospective pilot study in a Canadian emergency department. *Can J Emerg Med*. 2018;20(2):266-74. doi: 10.1017/cem.2017.21.
 32. Considine J, Rawet J, Currey J. The effect of a staged, emergency department specific rapid response system on reporting of clinical deterioration. *Australas Emerg Nurs J*. 2015;18(4):218-26. doi: 10.1016/j.aenj.2015.07.001.
 33. Endo T, Yoshida T, Shinozaki T, Motohashi T, Hsu H-C, Fukuda S, et al. Efficacy of prehospital National Early Warning Score to predict outpatient disposition at an emergency department of a Japanese tertiary hospital: a retrospective study. *BMJ Open*. 2020;10(6):e034602. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034602.
 34. Ruangsomboon O, Boonmee P, Limsuwat C, Chakorn T, Monsomboon A. The utility of the rapid emergency medicine score (REMS) compared with SIRS, qSOFA and NEWS for Predicting in-hospital Mortality among Patients with suspicion of Sepsis in an emergency department. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):2. doi: 10.21203/rs.3.rs-52232/v1.
 35. Skov MJ, Dynesen J, Jessen MK, Liesanth JY, Mackenhauer J, Kirkegaard H. Including oxygen supplement in the early warning score: a prediction study comparing TOKS, modified TOKS and NEWS in a cohort of emergency patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2020;28(1):26. doi: 10.1186/s13049-020-00720-1.
 36. Spencer W, Smith J, Date P, Tonnerre E, Taylor DM. Determination of the best early warning scores to predict clinical outcomes of patients in the emergency department. *Emerg Med J*. 2019;36(12):716-21. doi: 10.1136/emered-2019-208622.
 37. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Sepsis in pregnancy, bacterial (Green-top Guideline No. 64a). London: RCOG; 2012.
 38. Isaacs RA, Wee MY, Bick DE, Beake S, Sheppard ZA, Thomas S, et al. A national survey of obstetric early warning systems in the United Kingdom: five years on. *Anaesthesia*. 2014;69(7):687-92. doi: 10.1111/anae.12708.
 39. Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). *Anaesthesia*. 2012;67(1):12-8.
 40. Lewis G. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007.
 41. Cook CA. Implementing the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) to detect early signs of clinical deterioration and decrease maternal mortality. *J Obst Gynecol Neonat Nurs*. 2014;43(Suppl):S22.

42. Jarbas G, Silva JC. Sistemas de avaliação precoce na identificação de morbidades maternas: revisão sistemática. *Saúde Pesqui.* 2017;10(3):587-96.
43. Yadav P, Sinha R. Validating the performance of Modified Early Obstetrics Warning Score (MEOWS) for prediction of obstetrics morbidity: a prospective observational study in a tertiary care institute in East India. *J Obstet Gynaecol India.* 2023;73 Suppl 2:227-33. doi: 10.1007/s13224-023-01855-8.
44. Singh A, Guleria K, Vaid NB, Jain S. Evaluation of maternal early obstetric warning system (MEOWS chart) as a predictor of obstetric morbidity: a prospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:11-7.
45. Kizito O. Validity of Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) in low resource setting: a case of St. Francis Hospital Nsambya, Kampala, Uganda. *Texila Int J Clin Res.* 2018;5(1):1-12. doi: 10.21522/tijcr.2014.05.01.art006.
46. Friedman AM. Maternal early warning systems. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(2):289-98.
47. Mhyre JM, D'Oria R, Hameed AB, Lappen JR, Holley SL, Hunter SK, et al. The maternal early warning criteria: a proposal from the national partnership for maternal safety. *Obstet Gynecol.* 2014;124(4):782-6. doi: 10.1097/AOG.0000000000000480.
48. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Escala de MEOWS: por que e como implantar? [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [citado 1 Ago 2024]. Eixo: Atenção as mulheres. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/escala-de-meows-por-que-e-como-implantar>.
49. Schuler L, Katz L, Melo BCPD, Coutinho IC. The use of the Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) in women after pregnancies: a descriptive study. *Rev Bras Saúde Mat Infant.* 2019;19(3):545-55.
50. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Patient Safety and Quality Improvement. Committee opinion no. 590: preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):722-5.
51. The Joint Commission. Preventing maternal death. Sentinel Event Alert [Internet]. 26 Jan 2010 [citado 19 Ago 2024];(44). Disponível em: <https://www.preeclampsia.org/public/frontend/assets/img/gallery/pdf@2/jointcommission.pdf>
52. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, Gorlin JB, Lagrew DC, Levy BS. National Partnership for Maternal Safety: consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015 Jul;121(1):142-148. doi: 10.1097/AOG.0000000000000869. Erratum in: *Anesth Analg.* 2019 Dec;129(6):e206. doi: 10.1213/ANE.0000000000004556. PMID: 26091046.
53. Cioffi J. Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients. *J Adv Nurs.* 2000;32(1):108-14.
54. Stafseth SK, Gronbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;34:25-33.

55. Shearer B, Marshall S, Buist MD, Finnigan M, Kitto S, Hore T, et al. What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(7):569–75.
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Botucatu [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024, 26 Jul [citado 1 Ago 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/botucatu.html>
57. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. O hospital. Quem somos [Internet]. Botucatu: HC/FMB; 2016 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>
58. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Números HC [Internet]. Botucatu: HC/FMB; 2021 [citado 16 Ago 2024]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/numeros-hc/>
59. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
60. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
61. Maranhão M, Macieira MEB. O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalhos. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2008.
62. Maranhão M, Macieira MEB. O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalhos. 2a ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2010.
63. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN; 2017.
64. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res.* 2003;25(5):508-18.
65. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess.* 1995;7(3):238-47.
66. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(7):3061-38.
67. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975;28(4):563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.
68. Rubio DM, Berg- Weger M, Tebb SS, Lee S, Rach S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-105.
69. Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Meas Eval Couns Dev.* 2012;45(3):197-210. doi: 10.1177/0748175612440286.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 19 Ago 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
71. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 52 p.
72. Aoki VYC, Tanaka EZ, Bento S, Pacagnella RDC. Percepção dos profissionais de saúde sobre implementação de um sistema de alerta precoce em obstetrícia. In:

- Proceedings do 29º Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP [Internet]; 9-12 Nov 2021; Campinas, São Paulo, Brasil. Campinas: Galoá; 2021 [citado 1 Ago 2024]. Disponível em: <https://proceedings.science/unicamp-pibic/pibic-2021/trabalhos/percepcao-dos-profissionais-de-saude-sobre-implementacao-de-um-sistema-de-alerta?lang=pt-br>
73. Magalhães ALP, Erdmann AL, Silva EL da, Santos JLG dos. Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016;24(0). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990033/>
 74. Araújo CAS, Duarte EB, Silva FDR, Tavares PLN, Silva EMB. Desempenho da equipe de enfermagem frente ao uso do MEOWS. *Cad ESP* [Internet]. 2024 [citado 16 Ago 2024];18(1):e1877–7. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/1877>
 75. Chiavenato I. *Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos: como incrementar talentos na empresa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
 76. de Oliveira CR, Salvetti MCP, Mantovi ACTZ, et al. Aplicação do modelo de melhoria na implantação do MEOWS em alojamento conjunto. *Revista Qualidade HC*. 2022; 125-136. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/458/458.pdf>
 77. Antonelli A, Maramieri L, Candia A, Corti P, Piccinin I, Borlini S, et al. Monitoring clinical risk in the obstetric population through the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) at the IRCCS san raffaele hospital: a preliminary analysis. *Popul Med*. 2023;5(Suppl):A1117. doi: 10.18332/popmed/164092.
 78. Moore J, Thomson D, Pimentil I, Fekad B, Graham W. Introduction of a modified obstetric early warning system (MOEWS) at an Ethiopian referral hospital: a feasibility assessment. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2019 Mar 1 [citado 1 Ago 2024];8(1):e000503. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/8/1/e000503>
 79. Mackintosh N, Watson K, Rance S, Sandall J. Value of a modified early obstetric warning system (MEOWS) in managing maternal complications in the peripartum period: an ethnographic study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(1):26-34.